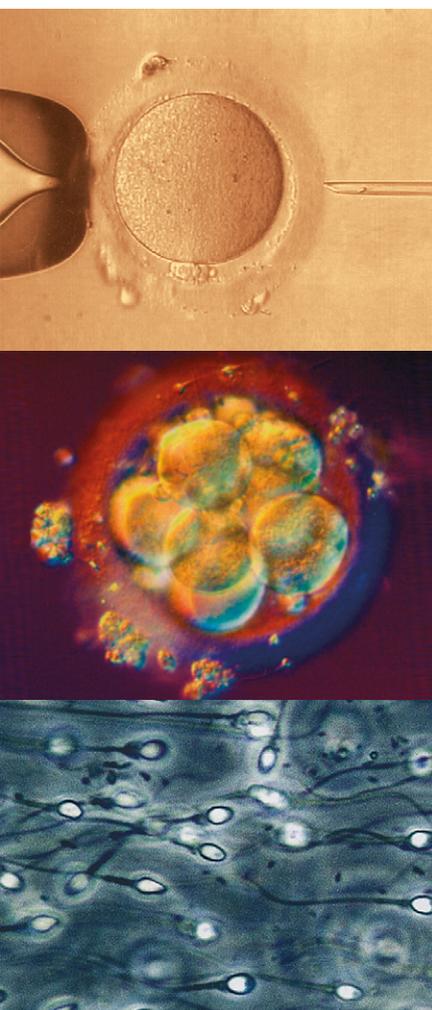


Journal für

Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

– Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology –

Andrologie • Embryologie & Biologie • Endokrinologie • Ethik & Recht • Genetik
Gynäkologie • Kontrazeption • Psychosomatik • Reproduktionsmedizin • Urologie



Mitteilungen der Gesellschaften

J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2011; 8 (1), 43-68

www.kup.at/repromedizin

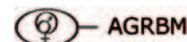
Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Offizielles Organ: AGRBM, BRZ, DVR, DGA, DGGEF, DGRM, D-I-R, EFA, OEGRM, SRBM/DGE

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft, A-3003 Gablitz

AGRBM-Mitteilungen



4. Praxisseminar

13.–15. Mai 2011, Frankfurt/Offenbach

Programm

Freitag, 13.05.2011

- ab 15:00 Anmeldung
 17:00–19:00 **Hauptversammlung der AGRBM**
 danach *Come together* mit Besuch der Industrieausstellung

Samstag, 14.05.2011

- ab 7:30 Anmeldung
 8:15 Begrüßung

Vortragsteil

- 8:30 **Umsetzung der neuen WHO-Kriterien**
 – Falk Ochsendorf (Universität Frankfurt)
- 9:00 **Oocyte vitrification applied to clinical practice**
 – Ana Cobo (IVI Valencia)
- 9:30 **Fertiprotekt**
 – Ralf Dittrich (Universität Erlangen)
- 10:00–10:30 Kaffeepause/Ausstellungsbesuch
- 10:30 **Objective markers of oocyte and embryo quality**
 – Marcos Meseguer (IVI Valencia)
- 11:00 **Gonadotropin action in granulosa lutein cells – Recycling the garbage in the embryo lab**
 – Manuela Simoni (Universität Modena/Italien)
- 11:30 **IVF bei Wildtieren**
 – Thomas Hildebrandt (Leibniz-Institut Berlin)
- 12:00–13:00 Mittagspause/Ausstellungsbesuch
- 13:00–14:30 Industrievorträge
- 14:30–15:00 Kaffeepause/Ausstellungsbesuch

Seminarteil (Parallel stattfindende Diskussionsrunden)

- 15:00–17:00 – Sicherheitsaspekte bei der Kryokonservierung (Ines Eue/Heidrun Köbernick)
 – Aufgaben der Andrologie (Verena Nordhoff/Melanie Rickert-Föhring)
 – Beurteilung der Embryoqualität (Markus Montag/Simone Winkler)
- 20:00 Festabend im Restaurant Druckwasserwerk Frankfurt

Sonntag, 15.05.2011

- 9:00–12:00 *Back to the roots* (offene Diskussion über den Laboralltag)

Teilnahmebetrag:

Mitglieder der AGRBM:

- bis 20.03.2011 € 60,–
 danach € 80,–

Nicht-Mitglieder:

- bis 20.03.2011 € 80,–
 danach € 100,–

Veranstaltungsort:

Achat-Hotel Offenbach
 Achat Plaza
 D-63071 Offenbach
 Ernst-Griesheimer-Platz 7
 www.achat-hotels.com

Weitere Informationen und Anmeldung unter www.agrbm.de

BRZ-Mitteilungen

■ Die Richtlinien des GBA zur Künstlichen Befruchtung sind rechtswidrig!

Zu diesem Ergebnis kommt jedenfalls das Schleswig-Holsteinische Landesozialgericht in einem **noch nicht rechtskräftigen Urteil** (Aktenzeichen: L 5 KR 46/08), in dem ein Verstoß der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen (GBA) über die ärztlichen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gegen § 27a, SGB V und damit gegen höher-rangiges Recht festgestellt wird.

Mit dem Urteil vom 20. Mai 2010 korrigierte das Landessozialgericht die vorausgegangene Rechtsprechung des Sozialgerichtes, das die Klage eines Paares gegen den ablehnenden Bescheid der zuständigen Krankenkasse abgewiesen hatte.

In dem verhandelten Fall hatte die Krankenkasse die Kostenübernahme einer ärztlich indizierten ICSI-Behandlung im Hinblick auf die fehlende Indikation nach den Richtlinien verweigert.

Bei einer äußerst geringen Spermienkonzentration war die Progressivmotilität mit 25 % nach dem Wortlaut der Richtlinien zu hoch, um die Kostenübernahme zu rechtfertigen. Andererseits war bei der niedrigen Konzentration medizinischerseits eine IVF nicht indiziert, da mit einem Ausbleiben der Befruchtung zu rechnen war. Somit war das Sperma des Klägers für eine IVF-Behandlung zu schlecht, für die ICSI-Behandlung aber wiederum zu gut.

Das LSG sieht die Notwendigkeit, dass das „Zusammenspiel der verschiedenen Spermienparameter“ beachtet werden muss, da sonst „ein Verstoß gegen die Wertungen des § 27a, SGB V vorläge.“

Unlogische und daher unhaltbare Ergebnisse wären die Folge, wie an folgendem Beispiel deutlich wird: Wenn von nur 10 Spermien pro ml (statt mindestens 10 Mio. pro ml) sich 2 Spermien schnell bewegen, liegt eine Progression von 20 % vor und die ICSI-Indikation von < 15 % ist nicht erfüllt“.

Damit wäre der Rechtsanspruch des Klägers aus § 27a, SGB V auf medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn die Maßnahme nach ärztlicher Feststellung erforderlich ist, im vorliegenden Falle nicht von den Richtlinien erfasst. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Leistungen der Krankenbehandlungen automatisch ausgeschlossen sind.

Auch diejenigen Konstellationen, die von den Richtlinien nicht berücksichtigt wurden, kommen nach Ansicht des Gerichts als Indikation in Frage. Dies gilt insbesondere dann, wenn ein schlechteres Spermogramm vorliegt als bisher von den Richtlinien berücksichtigt wurde.

Das Verfahren, das inzwischen beim Bundessozialgericht unter dem Aktenzeichen B 1 KR 18/10 R anhängig ist, könnte im Falle der Bestätigung dieser Auslegung die Anpassung der Richtlinien nach sich ziehen und auch den anderen betroffenen Paaren die Möglichkeit einer Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung an den Behandlungskosten eröffnen.

Korrespondenzadresse:

*Dr. med. Najib Nassar
Schriftführer des BRZ
E-Mail: n.nassar@ivf-saar.de*



■ Patienteninformation

Zusammen mit **Rechtsanwalt Holger Eberlein** hat der BRZ die nachstehende Patienteninformation erarbeitet. Wir danken Herrn Eberlein für die Genehmigung des Nachdrucks und die Verwendung in den reproduktionsmedizinischen Einrichtungen.

Rückfragen dazu wollen Sie bitte an den BRZ richten: E-Mail: brz@repromed.de

Liebe Patientinnen und Patienten,
da es hinsichtlich der Leistungspflichten der privaten Krankenversicherung (PKV) im Rahmen der Kinderwunschbehandlung immer wieder zu Missverständnissen und Irritationen kommt, möchten wir nachfolgend einen Überblick über Leistungsvoraussetzungen und Leistungsinhalte der Kostenerstattung durch eine PKV geben.

Unabhängig von den nachfolgenden Grundlagen ist jedoch darauf hinzuweisen, dass wesentliches Kriterium zunächst einmal der Versicherungsvertrag ist, dessen Inhalt unter Umständen deutlich von den nachfolgenden Grundsätzen abweichen kann. Wir raten daher grundsätzlich, den vereinbarten Versicherungsschutz individuell zu überprüfen und bei Unklarheiten, auch im Rahmen der Korrespondenz mit der PKV, anwaltlichen Rat in Anspruch zu nehmen.

Gemäß dem BRZ ist grundsätzlich Folgendes zu berücksichtigen:

- Die privat versicherte Person muss selber erkrankt sein („Verursacherprinzip“). Eine darüber hinausgehende Abwägung in Haupt- oder Nebenverursachung in Fällen kombinierter Sterilität gibt es nicht.
- Bei künstlicher Befruchtung muss die Erfolgsaussicht hinsichtlich des Eintritts einer klinischen Schwangerschaft wenigstens 15 % betragen.
- Es gibt keine festen Altersgrenzen.
- Es gibt keine Beschränkung auf eine bestimmte Anzahl von Behandlungszyklen.
- Es gibt keine Beschränkung der zu behandelnden Eizellen pro Behandlungszyklus im Rahmen der ICSI.

- Sie müssen nicht verheiratet sein.
- Es besteht keine Verpflichtung, eine Krankenversicherung oder Krankenkasse der Partnerin/des Partners in Anspruch zu nehmen.
- Die Behandlung zählt als Gesamtbehandlung. Eine Aufteilung in Behandlungskosten, die vermeintlich der Frau oder dem Mann zuzurechnen sind, findet nicht statt.
- Urteile der Sozialgerichte haben keinen Einfluss auf die Pflichten der PKV.

Besteht vollständiger Versicherungsschutz durch die PKV, ist das nachfolgend beschriebene Vorgehen nicht notwendig.

In all denjenigen Fällen, in denen kein 100%iger Versicherungsschutz durch die PKV besteht, kann es notwendig sein zu überprüfen, ob nicht auch andere Leistungsträger parallel zur PKV Leistungen zu erbringen haben. Sofern es sich hierbei um eine gesetzliche Krankenversicherung (GKV) oder um eine Beihilfestelle handelt, ist zu beachten, dass vor Behandlungsbeginn dort ein entsprechender Antrag gestellt und der Bescheid abgewartet wird. Falls eine gesetzliche Krankenversicherung ergänzend leistungspflichtig ist, erfordert der Antrag auch in diesem Fall wegen des Verbots der Teilleistungserbringung bei Abrechnung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) grundsätzlich die Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).



■ Keine Laparoskopie – Keine Kostenübernahme?

Derzeit knüpfen etliche Versicherer die Kostenübernahme einer andrologisch eindeutig indizierten ICSI-Therapie an die Durchführung einer Laparoskopie.

Keine Laparoskopie – Keine Kostenübernahme?

Hierzu nimmt Herr Dr. Ulrich Hilland (1. Vorsitzender des BRZ) wie folgt Stellung:

Für die Durchführung der ICSI-Therapie ist es nicht erforderlich, Kenntnis über die Tubendurchgängigkeit der Partnerin zu besitzen.

Gemäß § 11 der (Muster-)Berufsordnung der Bundesärztekammer (gleichlautend in allen uns bekannten Berufsordnungen der Landesärztekammern) verpflichtet sich der Arzt mit Übernahme der Behandlung dem Patienten gegenüber zur gewissenhaften Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Der ärztliche Berufsauftrag verbietet es, diagnostische oder therapeutische Methoden unter missbräuchlicher Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patienten anzuwenden.

Die Überprüfung der Eileiterpassage – mit welchem Verfahren auch immer – würde in den uns vorliegenden Fällen gegen ärztliches Berufsrecht verstoßen. Anders wäre die Sachlage zu bewerten, wenn bei der Partnerin Hinweise auf Störungen vorliegen (z. B. Endometriose, Saktosalpingen, Myome), die den Erfolg der ICSI-Therapie erheblich beeinträchtigen könnten; in diesen Situationen wäre die (laparoskopische) Vorbehandlung dieser Störungen ggf. angezeigt.

Wenn keine Indikation für eine diagnostische Laparoskopie besteht, würde man sich die Einwilligung zu diesem Eingriff unter Vorspiegelung falscher Tatsachen erschleichen. Die Einwilligung wäre nicht nur unwirksam, sondern es könnte darüber hinaus auch der Tatbestand der Körperverletzung erfüllt sein.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V ist sicherlich auch verletzt, sodass dem veranlassenden/durchführenden Arzt und/oder Krankenhaus ein Regress droht.

Zwei Entscheidungen des BGH sind in diesem Zusammenhang für den Patienten wesentlich:

1. Im Streit um die Erstattungsfähigkeit von Kosten für reproduktionsmedizinische Behandlungen (hier Inseminationsbehandlungen, In-vitro-Fertilisationen mit intracytoplasmatischen Spermien-Injektionen) genügt der Versicherungsnehmer einer privaten Krankheitskostenversicherung der ihn treffenden Darlegungs- und Beweislast für das Vorliegen einer bedingungsgemäßen Krankheit, wenn er nachweist, dass bei ihm eine Spermienanomalie vorliegt, die seine Fähigkeit, ein Kind zu zeugen, beeinträchtigt. Der BGH hat es in seiner

Entscheidung für unerheblich gehalten, wenn nicht geklärt werden kann, ob auch bei der Ehefrau des Klägers eine Fertilitätsstörung vorliegt. Steht aber fest, dass bei einem der Ehepartner eine Fertilitätsstörung vorliegt, so ist die Behandlung, selbst wenn sie zugleich die körperlich bedingte Unfruchtbarkeit beider Partner überwinden soll, jedenfalls auch als eine eigene Heilbehandlung desjenigen Ehepartners anzusehen, bei dem die Fertilitätsstörung nachgewiesen ist (Az.: IV ZR 187/07).

2. Die Erfolgsaussicht muss > 15 % sein (Az.: IV ZR 113/04). Wenn die Sachlage eindeutig ist, die PKV sich aber durch die erwähnten Urteile nicht überzeugen lässt und auf der Durchführung einer Laparoskopie besteht, gibt es unseres Erachtens für den Patienten 2 praktikable Wege:
 - a) Er lässt die ICSI-Therapie durchführen und verklagt ggf. seine PKV, wenn sie nicht erstatten will.
 - b) Er reicht eine Feststellungsklage gegen seine PKV auf Kostenübernahme ein, ggf. kombiniert mit einem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Verfügung, wenn es wegen des Alters seiner Partnerin eilt.

Es gibt keinen anderen Weg, wenn die PKV unwillig ist!

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Ulrich Hilland
1. Vorsitzender des BRZ
E-Mail: hilland@fcm-net.de



■ 3. BRZ-Intensivseminar, 20.–22. Januar 2011 in Berlin: Ein Rückblick mit Ausblick

Auch das 3. BRZ-Intensivseminar fand großen Anklang! Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen waren sowohl von den gebotenen Inhalten als auch von der Betreuung, die ihnen in den 3 Tagen zugute kam, begeistert.

Sie erhielten einen kompletten Überblick über die Grundlagen der gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin: die Physiologie der menschlichen Fortpflanzung aus biologischer Sicht, Einblick in die Laboranalytik, die Andrologie, die internisti-



sche Endokrinologie und die für das Fach relevanten humangenetischen Fragestellungen. Die Kombination von Wissenschaft und Praxis – der Besuch mehrerer reproduktionsmedizinischer Zentren und eines Großlabors – wurde von den Teilnehmern sehr gut aufgenommen. Die stark interaktiven Fallkonferenzen zu schwierigen Behandlungssituationen in der Therapie der ungewollten Kinderlosigkeit führten zu lebhaften Diskussionen.

Die durchweg hohe Qualität der Vorträge, der schöne Tagungsort, das hervorragende Preis-Leistungs-Verhältnis – das gesamte Konzept – wurden bei der Evaluation durch die Seminarteilnehmer sehr positiv beurteilt. Die Landesärztekammer Berlin hatte 22 Fortbildungspunkte gewährt, was sicherlich auch zur Attraktivität der Veranstaltung beitrug.

80 Teilnehmer waren angemeldet und kamen aus ganz Deutschland. Sie rekrutierten sich sowohl aus niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen, die ihr Basiswissen in der Reproduktionsmedizin und Endokrinologie auffrischen wollten, als auch Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten aus Kliniken, die vor der Facharztprüfung einen „Refresher-Kurs“ absolvieren wollten.

Ein nicht unerheblicher Teil der Teilnehmer kam aus den reproduktionsmedizinischen Zentren und ließ sich von den

Referenten auf den neuesten Stand in der Reproduktionsmedizin und Endokrinologie bringen.

Der große Bedarf an Fortbildung in unserem Fach war unübersehbar. Letztlich zeigt dieses Interesse, dass immer weniger Ausbildung an immer weniger Kliniken in unserem Schwerpunkt stattfindet. Dem müssen wir gemeinsam entgegenwirken!

Ein erster notwendiger Schritt wurde im Rahmen dieses 3. Seminars dazu bereits geleistet. Der Leiter der Deutschen Akademie Gynäkologie und Geburtshilfe in der DGGG, **Professor Olaf Ortmann**, hat gemeinsam mit dem wissenschaftlichen Leiter des BRZ-Intensivseminars, **Dr. med. Andreas Tandler-Schneider**, und **Monika Uszkoreit** den Grundstein für eine gute zeitliche, geographische und vor allem auch inhaltliche Koordination des jährlichen Angebots dieser Intensivseminare gelegt. Ziel ist, über das Jahr verteilt im Norden (Hamburg), Westen (Düsseldorf), Süden (München) und Osten (Berlin) bereits vorhandene Strukturen zu nutzen und gut abgestimmte, vergleichbare Seminare für die einheitliche Fortbildung anzubieten.

An dieser Stelle sei noch einmal allen Referenten, den Leitern und Teams der IVF-Zentren und des Großlabors, die ihre Türen für die Teilnehmer öffneten, und der BRZ-Geschäftsstelle für die Organisation herzlich gedankt! Auch

dem Berufsverband der Frauenärzte und der DAGG, den Firmen Merck Serono GmbH, MSD und Ferring Arzneimittel GmbH gebührt unser Dank für die Unterstützung dieses Seminars.

Wir wollen die Gelegenheit nutzen und bereits heute das **4. BRZ-Intensivseminar** ankündigen. Wir hoffen auf erneut großen Zuspruch und freuen uns auf den **26.–28. Januar 2012** in Berlin! Gleiche Stelle – gleiche Welle.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. A. Tandler-Schneider

Stv. Vorsitzender des BRZ

E-Mail:

tandler-schneider@fertilitycenterberlin.de



■ **Entscheidung des Bundesfinanzhofes: Aufwendungen für eine heterologe „künstliche Befruchtung“ sind eine außergewöhnliche Belastung und wirken sich steuermindernd aus**

Bereits im Juni letzten Jahres hat der BRZ auf das Verfahren (seinerzeit noch Finanzgericht Niedersachsen) hingewiesen. Nun wurde das zur Revision beim Bundesfinanzhof anhängige Verfahren höchstrichterlich im Sinne der Patienten entschieden. Herr Rechtsanwalt Eberlein hat das Urteil erstritten und wir gratulieren ihm.

Mit diesem Urteil wurden erstmals in der deutschen Rechtsprechung Aufwendungen für eine heterologe „künstliche Befruchtung“ als außergewöhnliche Belastungen im Sinne des Einkommensteuergesetzes als steuermindernd anerkannt.

Patienten, die nach dem Verfahren in Niedersachsen ein Ruhen beantragt hatten, können nun unter Berufung auf das BFH-Urteil die Aufwendungen auch rückwirkend steuermindernd geltend machen. Bedingt durch die Anerkennung als medizinische Heilbehandlung entfällt auch die bislang zu erhebende Mehrwertsteuer.

Aber das Urteil hat weitreichendere Implikationen, zu denen sich RA Eberlein wie folgt äußert: „Erstmals hat ein Bun-

desgericht festgestellt, dass auch die heterologe Behandlung eine ganz „normale“ Behandlung ist und dieses gleich in einer Leitsatzentscheidung und unter Aufgabe der bisherigen eigenen Rechtsprechung. Die Forderung der vollständigen genetischen Identität zwischen

Eltern und Kind hat ihren Bestand verloren. Das Urteil kann daher ein Meilenstein für betroffene PKV-Patienten sein. Es hat zwar keine sofortigen direkten Auswirkungen auf die PKV, aber es gibt möglicherweise den Weg vor – auch für den BGH.“

Das Urteil (Az.: VI R 43/10) kann beim BRZ per Mail an brz@repromed.de angefordert werden.

Monika Uszkoreit
BRZ Büro Berlin
E-Mail: uszkoreit@repromed.de

Fortbildungsveranstaltung und Ordentliche Mitgliederversammlung des BRZ (Vorläufige Tagesordnung)

14. Mai 2011, 9.00 bis ca. 17.00 Uhr
ABION Spreebogen Waterside Hotel
Alt-Moabit 99, D-10559 Berlin

Zum Auftakt des BRZ-Treffens 2011 findet am Freitagabend, 13. Mai 2011, am Veranstaltungsort ein Vortrags- und Diskussionsabend statt, Thema:

„Strukturelle Veränderungen in der deutschen Reproduktionsmedizin“

Fortbildung und Ordentliche Mitgliederversammlung Samstag, 14. Mai 2011

ab 8:00	Registrierung und Ausgabe der Tagungsmappen	Schworm/Uszkoreit
08:55	Begrüßung durch den 1. Vorsitzenden	Hilland
09:00	Kommunikation im deutschen Gesundheitssystem	
	1. DOs und DON'Ts in der gesundheitspolitischen Kommunikation	Kloepfer
	2. Kommunikationswege	
	– in der KBV	Rochell (angefragt)
	– in der Bundesärztekammer	Klakow-Franck (angefragt)
	anschl. Diskussion (Moderation: Dr. Albrecht Kloepfer)	
11:00	Kaffeepause	
11:15	Was bedeuten die Kodierrichtlinien für den Reproduktionsmediziner?	Möller/NN
11:45	Abrechnung – Update 2011	Tandler-Schneider/ Hilland
13:00	Mittagessen bis 14:00	
	<u>Die Zertifizierung der Fortbildungsveranstaltung am Vormittag des 14. Mai 2011 ist bei der Landesärztekammer Berlin beantragt.</u>	
14:00	Bericht des Vorsitzenden zur Berufspolitik	Hilland
14:30	Neues aus den Gerichten	Möller
15:00	Tücken der Kostenübernahme	Eberlein
15:30	Kaffeepause	
15:45	Berichte aus den Arbeitskreisen	
	– AK Abrechnung	Wilke/Tigges
	– G+P	Nassar
16:00	D-I-R und RDA (anschl. Diskussion)	Bühler/Hilland/NN
17:00	Kurzer Bericht aus der Geschäftsstelle	Uszkoreit
17:15	Verabschiedung und Ende der Ordentlichen Mitgliederversammlung des BRZ 2011	Hilland

Stand 11. Februar 2011/MRU



Die Schwierigkeiten, mit denen privat versicherte Kinderwunschpatienten und besonders die sogenannten gemischt versicherten Paare bei der Kostenübernahme konfrontiert werden, haben uns zu einer neuen Internetseite inspiriert: eine Art Sündenregister, PKV contra Kinderwunsch genannt und zu finden unter www.pkv-contra-kinderwunsch.de.

Dort finden Betroffene und Ärzte, aber auch Rechtsanwälte und Berater der Paare und vielleicht auch die „Sünder“ selbst Informationen über unzulässige Vorgehensweisen. Gut begründet und mit Urteilen und ggf. Gesetzestextausschnitten belegt hoffen wir, dass diese Seiten helfen, mit guten Argumenten die Kostenübernahme nicht nur zu erleichtern, sondern auch wesentlich zu beschleunigen. Wir freuen uns, dass uns Herr Rechtsanwalt Holger Eberlein, Berlin, bei der Betreuung der Einrichtung beratend zur Seite steht. Wir freuen uns auch über die Schreiben der Versicherer, die Ihnen und Ihren Patienten Steine in den Weg legen.

Najib Nassar
Schriftführer des BRZ

Monika Uszkoreit
BRZ Geschäftsführung
E-Mail: uszkoreit@repromed.de



DGA-Mitteilungen

■ 22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Andrologie e.V.

Im Rahmen der 22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Andrologie e.V. in Hamburg fand am 30. Oktober 2010 eine ordentliche Mitgliederversammlung statt. Der Dank der Mitglieder galt dem scheidenden Vorstandsmitglied und Tagungspräsidenten, **Prof. Dr. med. Wolfgang Schulze** sowie seinen Hamburger Kollegen **J. Jacobeit**, **U. Knuth** und **F. Sommer** für die ausgezeichnete Organisation und Durchführung des Kongresses. Turnusgemäß wurden Vorstandswahlen für 3 Aufgabenbereiche durchgeführt (Amtsperiode 2011–2013):

- Prof. Dr. med. Wolfgang Weidner (Gießen) wurde für weitere 3 Jahre in seinem Amt als Präsident bestätigt.
- Ebenso wurde der Beauftragte für Fort-/Weiterbildung und Qualitätssicherung, Dipl. Med. Jens Jacobeit (Hamburg), für eine weitere Amtszeit in den Vorstand gewählt.
- Frau Prof. Dr. med. Sabine Kliesch (Münster) wird die Tagungspräsidentschaft 2013 übernehmen.

In den weiteren Vorstandsämtern sind unverändert tätig:

- Sekretär: Prof. Dr. med. Hans-Christian Schuppe (Gießen)
- Schatzmeister: Prof. Dr. med. Uwe Paasch (Leipzig)
- Forschungsbeauftragter: Prof. Dr. rer. nat. Stefan Schlatt (Münster)
- Medienbeauftragter: Prof. Dr. med. Hermann M. Behre (Halle/Saale)
- Tagungspräsident 2011: Prof. Dr. med. Falk R. Ochsendorf (Frankfurt/Main)
- Tagungspräsident 2012: Prof. Dr. rer. physiol. Andreas Meinhardt (Gießen)

Die Mitgliederversammlung hat darüber hinaus eine Änderung der Beitragsordnung beschlossen: Angesichts des ohnehin niedrigen und seit 2005 unveränderten Mitgliedsbeitrages, der das Jahresabonnement für das *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* einschließt, entfallen bisherige Sonderregelungen für Beitragsermäßigungen (siehe auch: www.dgandrologie.de).

■ DGA-Forschungsstipendium und Forum „Junge Andrologie“

Auf der Jahrestagung in Hamburg konnte bereits zum 5. Mal das von der Fa. Bayer Vital GmbH gestiftete DGA-Forschungsstipendium für Nachwuchswissenschaftler/innen vergeben werden (Abb. 1). Das mit € 10.000,- dotierte Stipendium erhielt **Dr. rer. nat. Thomas Greither** vom Zentrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie am Universitätsklinikum Halle (Saale) für ein Forschungsvorhaben zum Thema „Androgen-Effekte auf die adipogene Differenzierung humaner mesenchymaler Stammzellen“. Die hier angesprochenen Beziehungen zwischen Metabolischem Syndrom und Hypogonadismus betreffen ein hochaktuelles Thema, das sowohl für die grundlagenorientierte Forschung als auch die klinische Andrologie von großer Bedeutung ist.



Abbildung 1: Verleihung des DGA-Forschungsstipendiums 2010: Frau Dr. M. Hermanns (Fa. Bayer Vital GmbH, Leverkusen), Preisträger Dr. T. Greither (Halle/Saale), Prof. Dr. S. Schlatt (Münster) [v. re. n. li.].

Nach der erfolgreichen Premiere 2007 in Godesberg war auch in Hamburg das Forum „Junge Andrologie“ zentraler und viel beachteter Bestandteil der DGA-Jahrestagung. Die Organisation des Forums mit einem Themenschwerpunkt auf dem Gebiet der Andrologie-relevanten Genetik hatte der DGA-Forschungsstipendiat 2009, Dr. Frank

Tüttelmann (Münster), in Zusammenarbeit mit dem Forschungsbeauftragten der Gesellschaft übernommen.



■ Qualitätssicherung im andrologischen Labor

Mit Beginn des neuen Jahres ändern sich die Anforderungen an die Qualitätssicherung von Ejakulatuntersuchungen. Nach Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer vom November 2010 ist ein spezieller Teil (B 4) der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiLi-BÄK)“ zum 1. Januar 2011 in Kraft getreten. Der Richtlinienteil B 4 ergänzt die im allgemeinen Teil A beschriebenen grundlegenden Anforderungen, die für alle laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen bereits seit dem 1. April 2008 gültig sind. Inhaltlich wird im Teil B4 „Ejakulatuntersuchungen“ ein Basisprogramm für die regelmäßige Qualitätssicherung im andrologischen Labor vorgegeben, das entsprechend den Empfehlungen der 5. Auflage des WHO-Labormanuals für die Ejakulatdiagnostik (WHO 2010; deutsche Übersetzung in Vorbereitung) schon jetzt zur täglichen Praxis gehören sollte. Sowohl für die interne als auch die externe Qualitätskontrolle sind die Parameter Spermienkonzentration, -motilität und -morphologie relevant. Die bisher freiwillige Teilnahme an entsprechenden Ringversuchen zur externen Qualitätskontrolle wird wie in anderen Bereichen der Labordiagnostik mit 2 Terminen pro Jahr zur Pflicht. Für die Umsetzung der im speziellen Teil B 4 der RiLi-BÄK dargestellten Anforderungen an die Qualitätssicherung der Ejakulatanalyse räumt die Bundesärztekammer eine Übergangsfrist von 2 Jahren bis zum 31. Dezember 2012 ein (vollständiger Text des Teils B 4 der RiLi-BÄK unter: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=80135>).

Die DGA hat mit dem 2002 während der Präsidentschaft von Prof. E. Nieschlag (Münster) initiierten Programm zur

Qualitätssicherung der Ejakulatanalyse (Qualitätskontrolle der Deutschen Gesellschaft für Andrologie, „QuaDeGA“) auf diesem Gebiet bereits umfangreiche Erfahrungen und führt 2x jährlich Ringversuche zu den o.g. Basisspermio-gramm-Parametern mit inzwischen über 200 Teilnehmern durch. Hierzu gehören auch zahlreiche DGA-Mitglieder, denen wir an dieser Stelle für ihre bisherige freiwillige Teilnahme an den QuaDeGA-Ringversuchen danken, die eine wesentliche Grundlage für die Formulierung der RiLi-BÄK geliefert haben. Unter der Trägerschaft der DGA wird die QuaDeGA GmbH bei der Bundesärztekammer die Akkreditierung als Referenzinstitution beantragen. Die Anmeldung zu den Ringversuchen kann über die Homepage der QuaDeGA GmbH (<http://www.quadega.de>) oder direkt

im Labor erfolgen (info@quadega.uni-muenster.de).



■ Europäische Andrologie 2012

Die 24. Jahrestagung der DGA wird vom 28. November bis 01. Dezember 2012 als Gemeinschaftsveranstaltung zusammen mit dem European Congress of Andrology (ECA) und der European Society of Andrological Urology (ESAU) stattfinden. Tagungsort dieser größten andrologischen Veranstaltung in Europa 2012 wird in Berlin das Seminaris Campus Hotel in Dahlem sein, das erst kürzlich zu den führenden Veranstaltungshotels in Deutschland gewählt wurde. Als Tagungspräsidenten fungieren für die DGA

und ECA zusammen Prof. Weidner und Prof. Meinhardt, für die ESAU Prof. Weidner.



■ Standpunkte und Perspektiven in der Andrologie

Die Ergebnisse einer Klausurtagung, die der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Andrologie zusammen mit geladenen Gästen aus verschiedenen Bereichen unseres Fachgebietes am 3. Juli 2010 in Kloster Arnsburg bei Lich abgehalten hat, sind in nachstehendem Bericht zusammengefasst.

*Im Namen des Vorstandes
Prof. Dr. med. Hans-Christian Schuppe
Sekretär der DGA*

Deutsche Gesellschaft für Andrologie (DGA): Standpunkte und Perspektiven in der Andrologie

Ergebnisse einer Klausurtagung am 3. Juli 2010 in Kloster Arnsburg

In einer Klausurtagung am 3. Juli 2010 in Kloster Arnsburg (Lich) hat sich der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Andrologie zusammen mit geladenen Gästen aus verschiedenen Bereichen unseres Fachgebietes mit Zukunftsperspektiven der Andrologie sowie Schwerpunktbildungen im Spektrum der Aktivitäten unserer Gesellschaft auseinandergesetzt.

■ Andrologie und Reproduktionsmedizin in der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)

Ausgehend von den bereits bestehenden DFG-Forschergruppen „Germ cell potential“ (FOR1041; Münster), „Male factor infertility due to impaired spermatogenesis“ (KFO181; Gießen) und „Sulfated steroids in reproduction“ (FOR1369; Gießen) sowie Teilprojekten wie z. B. „Adipositas und Infertilität“ (KFO152; „Atherobesity: Fett und

Gefäß“; Leipzig), an denen DGA-Mitglieder maßgeblich beteiligt sind, wird eine weitergehende Verankerung des Fachgebietes innerhalb der Kollegien der DFG im Bereich Lebenswissenschaften angestrebt. Der zwischen den involvierten Fachgesellschaften wie der DGA und der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (DGRM) unter dem Dachverband Reproduktionsbiologie und -medizin (DVR) abgestimmte Antrag auf Einrichtung eines Faches „Reproduktionsmedizin“ wurde zwischenzeitlich seitens der DFG angenommen. Für die weiteren Schritte wird ebenfalls über den DVR ein Konsens mit allen beteiligten Fachgesellschaften gesucht, nicht zuletzt im Hinblick auf Vorschläge zur Wahl der Fachkollegiaten für die Wahlperiode 2012–2015. Nach Möglichkeit sollten die Kollegiaten/Kollegiatinnen sowohl die weibliche als auch die männliche Seite der Reproduktionsmedizin und -biologie repräsentieren.

Für die zukünftige Entwicklung der andrologisch-reproduktionsmedizinischen Forschung ist die Realisierung von Netzwerken erforderlich. Auf der Basis der o.g. Forschergruppen wird die Beantragung eines Sonderforschungsbereiches bzw. Transregio-Forschungsverbundes ins Auge gefasst, wobei auch Projekte außerhalb der bereits geförderten Forschergruppen Berücksichtigung finden sollten. Zur Vorbereitung bzw. Flankierung dieses Vorhabens und als besonderes Förderinstrument für Post-Docs könnte auf Initiative der DGA die Ausschreibung einer sog. Nachwuchsakademie auf dem Gebiet der Andrologie/Reproduktionsmedizin in Betracht gezogen werden. Zur Intensivierung des interdisziplinären Austausches plant die DGA darüber hinaus ein weiteres Network-Meeting im Rahmen des 4. DVR-Kongresses im November 2011 in Berlin. Schließlich wird die Anleitung und Unterstützung von Nachwuchswissenschaftlern bei der Beantragung von

Ausbildungsstipendien und Sachbeihilfen der DFG als wesentliche Aufgabe angesehen. Ziel ist im Hinblick auf die Nachwuchsförderung auch die Fortschreibung des von der Fa. Bayer Vital GmbH gestifteten DGA-Forschungsstipendiums, das 2010 bereits zum 5. Mal ausgeschrieben werden konnte. Die bisherigen Stipendiatinnen und Stipendiaten haben zur erfolgreichen Etablierung des „Forums Junge Andrologie“ als festem Programmpunkt der DGA-Jahrestagungen beigetragen.

■ Optionen überregionaler Forschung zum Thema Hypogonadismus

Als Beispiel für eine höchst erfolgreiche klinische Studie auf dem Gebiet des Hypogonadismus ist die „European Male Aging Study (EMAS)“ anzusehen, die unter der Federführung von F. Wu kürzlich im *New England Journal of Medicine* publiziert wurde [N Engl J Med 2010; 363: 123]. Auf nationaler Ebene bietet sich die Aufnahme des Themas „Hypogonadismus“ in das Untersuchungsprogramm der sog. „Helmholtz-Kohorte“ gesunder Bürger an, die über einen Beobachtungszeitraum von 10–20 Jahren zur Erforschung häufiger chronischer Krankheiten wie Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauf- oder Demenzerkrankungen beitragen soll. Die Aufnahme eigener Forschungsaspekte setzt eine Förderung des entsprechenden Teilprojektes durch die DFG voraus, wobei die DGA eine Vernetzung der in Frage kommenden andrologischen Zentren anstrebt.

Unter dem Gesichtspunkt der Prävention werden auch Studien über Risiko und Verlauf eines Hypogonadismus nach (multi-fokaler) Hodenbiopsie/TESE als wichtiges Forschungsfeld angesehen. In diesem Zusammenhang bietet sich eine Kooperation mit dem

deutschen IVF-Register (DIR) an. Diskutiert wurde auch die Ausweitung bereits laufender Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet des Hypogonadismus, wie z. B. eines in Münster gestarteten Projektes zu klinischen Aspekten des Klinefelter-Syndroms.

■ Leitlinienarbeit der DGA

Der Vorstand der DGA sieht die Erstellung von Leitlinien als wichtige Aufgabe an. Eine Reihe älterer, vom Arbeitskreis Andrologie der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft initiiert S1-Leitlinien wurden bisher nicht aktualisiert, auf anderen Gebieten, wie z. B. der Gynäkomastie, besteht Abstimmungsbedarf aufgrund paralleler Aktivitäten anderer Fachgesellschaften. Als erstes Projekt wird die DGA die Entwicklung einer interdisziplinären Leitlinie zum Thema „Andrologische Diagnostik vor Reproduktionsmedizinischen Behandlungsmaßnahmen“ anstoßen, aufgrund sehr begrenzter Finanzierungsmöglichkeiten voraussichtlich zunächst auf einem Konsensus-basierenden Level (S2k). Bereits jetzt ist die DGA aktiv an der Erstellung einer S2k-Leitlinie zur Mukoviszidose sowie einer Leitlinie zu Chlamydieninfektionen beteiligt.

■ Qualifizierte Weiterbildung auf dem Gebiet der Andrologie

Ein weiteres zentrales Anliegen der DGA ist die Qualität der Zusatzweiterbildung auf dem Gebiet der Andrologie. Die Ausbildungsinhalte lassen sich insgesamt 5 Hauptkapiteln zuordnen; können in einer Ausbildungsstätte sämtliche Kapitel angeboten werden, sollte hier die volle Weiterbildungs-ermächtigung vergeben werden, bei Verfügbarkeit von Teilkapiteln entsprechend kürzere Weiterbildungszeiten.

Die Interdisziplinarität der Andrologie erfordert eine möglichst breite Wahrnehmung und Unterstützung durch die entsprechenden „Mutterfachgesellschaften“, um interessierten Kolleginnen und Kollegen einen Zugang zu der Zusatzweiterbildung zu ermöglichen. Das Fortbildungskonzept der DGA mit 1× jährlich stattfindenden Intensivkursen, die zeitlich und räumlich getrennt von der Jahrestagung stattfinden, sowie kleineren Kursen z. B. zur Ejakulatio-diagnostik stellt eine wesentliche Ergänzung dar.

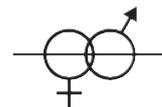
■ Integriertes Ausbildungscurriculum zum „Europäischen Andrologen“

Für ein gemeinsames Ausbildungscurriculum zum klinischen Andrologen ist auf europäischer Ebene ein weitgehender Konsens zwischen der „European Academy of Andrology“ (EAA) und der „European Society of Andrological Urology“ (ESAU) erreicht worden. Kritisch ist hier aus Sicht der DGA allerdings die nicht ausreichende Berücksichtigung des Kapitels Infertilität. Organisatorisch sollen bereits bestehende und von der EAA zertifizierte Ausbildungszentren in das neue Konzept übernommen werden, gleiches gilt für die Anerkennung als „Clinical Andrologist“ (EAA). Es besteht Konsens, dass ebenso die deutsche Zusatzbezeichnung „Andrologie“, deren Curriculum mit dem vorgestellten EAA/ESAU-Konzept weitgehend übereinstimmt, gleichwertig behandelt und anerkannt werden sollte. Mit Blick auf die besondere Situation der Andrologie in Deutschland mit den „Mutterfächern“ Urologie, Dermatologie und Innerer Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie sichert dies auch die interdisziplinären Zugangsmöglichkeiten zu dem zukünftigen Ausbildungsprogramm.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Klausurtagung:

H. M. Behre, Halle; M. Bergmann, Gießen; S. Grunewald, Leipzig; J. Jacobeit, Hamburg; S. Kliesch, Münster; F.-M. Köhn, München; A. Meinhardt, Gießen; F. R. Ochsendorf, Frankfurt; U. Paasch, Leipzig; S. Schlatt, Münster; W. Schulze, Hamburg; H.-Chr. Schuppe, Gießen; F. Tüttelmann, Münster; W. Weidner, Gießen

DGRM-Mitteilungen



■ 2nd Jena InTReST war ein voller Erfolg

Vom 14.–20. November 2010 fand in Jena zum 2. Mal ein 1-wöchiges internationales Training für Doktoranden und Post-Docs auf dem Gebiet der Reproduktionswissenschaften statt. Der Titel der Veranstaltung, Jena InTReST, steht für International Training in Reproductive Sciences and Technologies. Die Veranstaltung wurde 2007 zum 1. Mal in Jena ausgerichtet und entstand damals als Schule im Rahmen des Europäischen Exzellenz-Netzwerks EMBIC („The Control of Embryo Implantation“), das inzwischen abgeschlossen ist. In diesem Jahr haben 25 Teilnehmer aus 13 Ländern Europas, Asiens sowie Nord- und Südamerikas an Jena InTReST teilgenommen. Ziel dieser künftig jährlich unter Schirmherrschaft der „Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin“ ausgerichteten Veranstaltung ist es, Nachwuchswissenschaftlern einen breiten Überblick über modernste Techniken der Reproduktionsmedizin und -forschung zu verschaffen, ohne dass ihnen dabei Kosten entstehen. Teilnahmegebühren, Übernachtungs- und Verpflegungskosten wurden vollständig durch Sponsoring finanziert.

Insgesamt wurden halbtagesweise insgesamt 10 verschiedene Techniken unterrichtet, wobei die Teilnehmer größtenteils die Gelegenheit hatten, die Versuche selbst durchzuführen und die Geräte selbst zu erproben. Zu Beginn der

Veranstaltung wurden klinisch relevante Themen vorgestellt, im Anschluss standen eher forschungsorientierte Techniken auf dem Programm. Hierzu zählten in erster Linie neue Real-Time-PCR-Anwendungen, „Single Cell PCR“ und „New Generation Sequencing“. Außerdem wurde ein Überblick über den aktuellen Stand der mikroskopischen Techniken vermittelt und alle Teilnehmer hatten Gelegenheit, dreidimensionale Mikromanipulation an vitalen Geweben zu üben. Des Weiteren wurden mittels neuer nanophotometrischer Geräte DNA-, RNA- und Proteinkonzentrationen gemessen, neue Aufnahme- und Dokumentationssysteme für Elektrophoresegele präsentiert und die Grundlagen der Durchflusszytometrie an praktischen Beispielen demonstriert. Alle einzelnen Kurse wurden von den Teilnehmern evaluiert und ausnahmslos für sehr anschaulich und lehrreich befunden.

Abgerundet wurde Jena InTReST durch ein kulturelles Programm mit Besuch des Jenaer Planetariums und einem Bowling-Wettbewerb.

Das 3. Jena InTReST ist bereits für Anfang September 2011 in Planung. Ausrichter wird wie bei den bisherigen Veranstaltungen **Prof. Udo Markert** aus der Abteilung für Geburtshilfe des Universitätsklinikums Jena sein. Als Co-Ausrichter und Unterstützer werden **Prof. Jan Krüssel**, Düsseldorf, und **PD Dr. Tina Buchholz**, München, auch in diesem Jahr wieder hilfreich zur Seite stehen.

■ IFFS – 20th World Congress

Im September 2010 hatte die DGRM die ehrenvolle Aufgabe, den 20th IFFS World Congress in München auszurichten. Über viele Jahre wurde die Veranstaltung vom Local Organizing Committee unter Leitung von Herrn **Prof. Hans Tinneberg** und Frau **Prof. Lilo Mettler** zusammen mit der Kongressorganisation Interplan, München, vorbereitet. Darüber hinaus stand dem International Scientific Committee das „National Advisory Board“ zur Seite. Über 70 Industriefirmen unterstützen die Großveranstaltung.

2500 Delegierte aus fast 100 Ländern versammelten sich zu einer intensiven Tagung im Münchner Gasteig. Traditionsgemäß wurden 18 Trilogies veranstaltet – mit teils sehr aktuellen Themen, wie „Stem Cell“ oder „Ethical Controversies in Reproduction“. Vier ausgewählte Key-Note Lectures bildeten den Rahmen für das übrige vorwiegend aus freien Vorträgen bestehende Programm. Mehr als 850 Abstracts wurden eingereicht, davon sind 480 im *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* publiziert (<http://www.kup.at/journals/inhalt/1226.html>). Die überwiegende Anzahl (314) wurden als Poster präsentiert, während 168 Abstracts als freie Vorträge angenommen wurden. Neu im Programm war die Life Surgery Session, bei der aus 3 Krankenhäusern endoskopische Eingriffe demonstriert und diskutiert wurden. Als ganz neues Konzept standen die Nachmittage für die Regional Meetings zur Verfügung. Aus 10 Ländern wurden dabei von den jeweiligen Landesgesellschaften die Meetings selbst zusammengestellt und geplant. Insbesondere das russische und das polnische Meeting erfreuten sich einer sehr guten Besucherzahl und die präsentierten Themen wurden lebhaft diskutiert. Diese neuen Strukturen sind insbesondere bei den Teilnehmern sehr gut angekommen und würden für die Zukunft eine neue Gestaltung der IFFS World Kongresse darstellen können. Gibt es zum einen für die jeweiligen Fachgesellschaften die Möglichkeit, sich selbst und ihre für sie wichtigen Themen stärker hervorzuheben und zu



2nd Jena InTReST, 14.–20. November 2010 – Gruppenphoto

diskutieren, zum anderen aber auch die Gelegenheit, das internationale Publikum an den jeweiligen Diskussionen und Denkanstößen teilnehmen zu lassen. Damit würde der IFFS World Congress seiner Internationalität gerecht und sich damit klar im Umfeld gegenüber anderen Kongressveranstaltungen behaupten.

Wie auch bei den vergangenen Weltkongressen gab es wieder eine beachtliche Zahl von Precongress-Workshops, die von der gastgebenden Gesellschaft, also von der DGRM, organisiert waren. Insgesamt 12 Workshops fanden zu unterschiedlichen Themen bereits am Tag vor der Kongresseröffnung statt. Diese waren mit bis zu 50 Teilnehmern sehr gut besucht und eröffnete die Möglichkeit, in kleinen Gruppen ein bestimmtes Thema zu behandeln. Zum Beispiel der „Hands-on Laparoscopy and Hysteroscopy“- oder der „Egg and Embryo Culture Techniques“-Workshop waren sehr beliebt.

Insgesamt waren Veranstalter und Industrie ausgesprochen zufrieden mit dem Verlauf und der Beteiligung am 20th IFFS World Congress in München. Der Abschluss der Veranstaltung wurde dann auch noch durch den Besuch des traditionellen Fassanstiches auf dem Münchner Oktoberfest gekrönt.

Die DGRM dankt ihren beiden Hauptverantwortlichen, Herrn **Prof. Hans Tinneberg** und Frau **Prof. Lilo Mettler**, für deren unermüdlichen Einsatz zu diesem riesigen Erfolg, sowie der Geschäftsstelle der DGRM, insbesondere Frau **Gabi Wickert**, für ihre tatkräftige Unterstützung und der Vernetzung zwi-

schen den Delegierten und den IFFS-Verantwortlichen und der Kongressleitung Fa. Interplan.

PD Dr. T. Buchholz, München



■ **Stellungnahme der AG Ärztinnen in der Reproduktionsmedizin und gynäkologischen Endokrinologie (ÄRE) der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (DGRM) zum Urteil des Bundesgerichtshofes zur Präimplantationsdiagnostik (PID)**

Wir sind eine Vereinigung von Ärztinnen aus deutschen Kliniken und Praxen, die bereits seit vielen Jahren zahlreiche ungewollt kinderlose Paare auf dem oft langen und schwierigen Weg zu einem Kind durch eine Sterilitätstherapie begleiten.

Wir vertreten und unterstützen unsere Kinderwunschaare, da Kinderlosigkeit nach wie vor ein Tabuthema in unserer Gesellschaft ist – hiermit insbesondere die Paare, die durch schwere Erbkrankheiten vorbelastet sind.

Deshalb begrüßen wir das Urteil des Bundesgerichtshofes zur PID außerordentlich, da es Frauen und Paaren in schwierigen Lebenssituationen hilft, in Würde und unter Minimierung von physischen und psychischen Risiken Entscheidungen treffen zu können.

Bislang müssen wir die betroffenen Frauen über eine Schwangerschaft auf Probe und einen risikoreichen und seelisch äußerst belastenden Schwangerschaftsabbruch aufklären und vermitteln, dass nur dieser unzumutbare Weg in Deutschland erlaubt ist oder zuschauen, wenn die verzweifelten Paare die hier versagte Hilfe im Ausland suchen.

Obwohl wir Ärztinnen diese Situation als unethisch und nicht zeitgemäß empfinden, dürfen wir bislang die Methode der PID in Deutschland nicht anwenden.

Deutschland ist leider eines der wenigen Länder, in dem aufgrund fehlender gesetzlicher Regelungen die PID nicht durchgeführt werden kann, obwohl diese bereits in vielen Ländern seit Jahren praktiziert wird. Hier wurde gezeigt, dass die Indikation zur PID streng bei schweren genetisch determinierten Erbkrankungen gestellt wird.

Wir als behandelnde Ärztinnen appellieren nun eindringlich an die Politiker, verantwortungsvolle Gesetze zu schaffen, damit wir unseren Patienten in diesen schwierigen Situationen endlich helfen können.

31. Oktober 2010

Der Vorstand der ÄRE:

*Dr. med. Astrid Gabert
PD Dr. med. Dolores Foth
Dr. med. Grita Hasselbach
Dr. med. Ingrid Nickel
Dr. Christine Nöldechen
Dr. med. Evelyn Gouma*

■ **Zusammenarbeit mit der GfH**

Die Arbeitsgemeinschaft Reproduktionsgenetik (AG RG) freut sich über eine enge Zusammenarbeit mit der deutschen Gesellschaft für Humangenetik (GfH). Im dortigen *Journal der Medizinischen Genetik* werden in Zukunft ebenfalls die Ankündigungen und Mitteilungen der AG RG publiziert und in regelmäßigen Intervallen die Mitgliedsversammlungen (MGV) mitgetragen. Die nächste MGV findet allerdings im Rahmen der DVR-Tagung in Berlin im November 2011 statt. Für interessierte Kollegen sei jedoch auf die nächste **GfH-Tagung vom 16.–19. März 2011 in Regensburg** hingewiesen (http://www.gfhev.de/de/kongress/wissenschaftl_programm.htm).

22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik Regensburg, 16.- 18.3.2011

gemeinsam mit ÖGH und SGMG
Tagungspräsident: Prof. Dr. Bernhard Weber



Die Arbeitsgemeinschaften der DGRM stellen sich vor:



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR REPRODUKTIONSMEDIZIN E.V. (DGRM)

ARBEITSGEMEINSCHAFT Biotechnologie

AG Biotechnologie in der DGRM

Die Idee zur Gründung einer interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft mit den Bereichen Humanmedizin, Veterinärmedizin, Biologie und Genetik in der DGRM gibt es schon eine Weile. Umgesetzt wurde sie nun passender Weise anlässlich der 50-jährigen Jubiläumstagung der DGRM, gleichzeitig dem XXII. Jahrestreffen der deutschen IVF-Zentren am 13.11.2008 in Frankfurt. 30 Mitglieder aus den verschiedensten Bereichen der Reproduktion bei Mensch und Tier gründeten die Arbeitsgemeinschaft „Biotechnologie“ in unmittelbarem Anschluss an den Workshop „Interdisziplinäre Biotechnologie“, der beispielhaft mit vier hervorragenden Beiträgen aus der Human- und Veterinärmedizin Schnittstellen in der aktuellen reproduktionsmedizinischen Forschung auf dem Gebiet der IVM und IVF sowie der frühen Embryonalentwicklung dokumentierte. Wesentliches Ziel der AG ist es, den interdisziplinären Austausch und die Zusammenarbeit in Forschung, Lehre und Fortbildung auf dem Gebiet der Reproduktionsbiotechnologie zwischen Kolleginnen und Kollegen der Human-, Veterinärmedizin, Biologie und Genetik zu fördern. Prof. J. Krüssel, jetzt 1. Vorsitzender der DGRM, stellte auf der Gründungsversammlung mögliche Kooperationsthemen vor, die zum Teil bereits interdisziplinär gefördert und bearbeitet werden. Dazu zählen beispielhaft:

- In-vitro-Maturation
- In-vitro Kultur
- Kryokonservierung von Gameten
- Immunorgan Uterus
- Germ Cell Potential
- Maternale Interaktion mit Gameten und Embryonen
- Frühe Embryonalentwicklung und Implantation
- Einsatz haploider Stammzellen als „künstliche Spermatozoen“

Mit der Gründung der AG akzentuiert die DGRM ihre Rolle als größte interdisziplinär tätige reproduktionsmedizinische Gesellschaft in Deutschland. Die rasanten Entwicklungen auf dem Gebiet der Reproduktionsbiotechnologie mit allen Chancen und Risiken sowie die zunehmende Bedeutung interdisziplinärer Netzwerke für die erfolgreiche Anwerbung von Forschungsmitteln sind Wegweiser für die Entwicklung der Arbeitsgemeinschaft.

Interessierte Kolleginnen und Kollegen aus allen Bereichen der Reproduktionsmedizin/-biologie/-genetik sind herzlich zur Mitgliedschaft und Mitgestaltung der AG Biotechnologie eingeladen!

Kontakt: **Prof. Dr. Dagmar Waberski**
Vorstandsvorsitzende der AG Biotechnologie
Reproduktionsmedizinische Einheit der Kliniken
Tierärztliche Hochschule Hannover
Bünteweg 15, 30559 Hannover
dagmar.waberski@tiho-hannover.de

Besuchen Sie uns auch unter www.repromedizin.de



SCHOOL OF
REPRODUCTIVE MEDICINE
& ENDOCRINOLOGY

2. April 2011

Recht und Ethik im Spannungsfeld der deutschen Reproduktionsmedizin

Düsseldorf



Wissenschaftliche Leitung

Dr. med. Georg Döhmen
Kinderwunschzentrum Mönchengladbach
Stellvertretender Vorsitzender (Frauenheilkunde)
der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin,
DGRM e.V.

Veranstaltungsort

Universitätsklinikum Düsseldorf
Hörsaal im UniKiD / Gebäude 14.75
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf

Zertifizierung

ist bei der Landesärztekammer Nordrhein beantragt
Von der Frauenärztlichen Bundesakademie (FBA)
empfohlen (beantragt)

Gebühren

DGRM-Mitglieder € 70,-
Nicht-Mitglieder € 100,-

Weitere Informationen

DGRM Geschäftsstelle
Amsterdamer Weg 78, 44269 Dortmund
Tel.: 0231-909 80 23 • Fax: 0231-906 24 51
Mobil: 0173-238 57 73
E-mail: geschaeftsstelle@repromedizin.de
www.repromedizin.de • www.dgrm.eu

Referenten

o. Professor emeritus Dr. med. Dr. rer. nat. Henning M. Beier
Institut für Molekulare und Zelluläre Anatomie
Medizinische Fakultät der RWTH Aachen
Universitätsklinikum Aachen

Univ.-Prof. Dr. Dieter Birnbacher
Lehrstuhlinhaber – Praktische Philosophie
Institut für Philosophie
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Dr. med. Matthias Bloechle
Kinderwunschzentrum an der Gedächtniskirche, Berlin

Dr. med. Georg Döhmen
Kinderwunschzentrum Mönchengladbach
Stellvertretender Vorsitzender (Frauenheilkunde) der
Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin, DGRM e.V.

Professor Dr. med. Jan-Steffen Krüssel
Amtierender Vorsitzender der
Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin, DGRM e.V.
Koordinator UniKiD
Universitäres interdisziplinäres Kinderwunschzentrum Düsseldorf

Prof. Dr. Jochen Taupitz
Lehrstuhlinhaber für Bürgerliches Recht, Zivilprozessrecht,
internationales Privatrecht und Rechtsvergleichung
Fakultät für Rechtswissenschaft und Volkswirtschaftslehre
Universität Mannheim

Uhrzeit	Thema	Referent
9:30–9:45	Begrüßung	Georg Döhmen
9:45–10:30	Angriffe der Rechtsprechung auf das Embryonenschutzgesetz – Ist das Embryonenschutzgesetz noch zeitgemäß?	Jochen Taupitz
10:30–11:15	Präimplantationsdiagnostik in Deutschland – Was ist nach dem Urteil möglich?	Matthias Bloechle
11:15–11:45	Kaffeepause	
11:45–12:30	Rechtsethische Grenzen der Strafbarkeit in der Reproduktionsmedizin	Dieter Birnbacher
12:30–13:15	Embryonenschutzgesetz 1990 – Schwache wissenschaftliche Basis, große psychologische Wirkung	Henning M. Beier
13:15–14:15	Moderierte Diskussion mit allen Referenten	
14:15–14:30	Verabschiedung	Jan-Steffen Krüssel
Im Anschluss	Flying Lunch	



SCHOOL OF
REPRODUCTIVE MEDICINE
& ENDOCRINOLOGY

PROGRAMM

2011



03.09.2011
Hamburg

„Kontrazeption“

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. med. Michael Ludwig, amedes Hamburg

29.10.2011
München

„Frühgravidität nach Kinderwunschbehandlung“

Wissenschaftliche Leitung:
Priv.-Doz. Dr. med. Tina Buchholz, Praxis für Gynäkologie und Genetik –
Labor für Reproduktionsgenetik München

03.12.2011
Gießen

„Kritische Andrologie in der interdisziplinären Reproduktionsmedizin: Grenzen & Perspektiven“

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. med. Hans-Christian Schuppe & Prof. Dr. med. Wolfgang Weidner,
Universitätsklinikum Gießen und Marburg – Standort Gießen
Zugleich 16. Gießener Andrologisches Symposium

Programmübersicht der Fortbildung 2011 der AG „Deutsches Netzwerk Reproduktionsassistenz-DNRa“

07.05.2011 Männer und Spermien

- Das eingeschränkte Spermogramm: Ursachen und andrologische Therapiemöglichkeiten (Einfluss von Umweltfaktoren, Medikamenten, Genussmitteln, Temperatur)
- IMSI, PICSI und so weiter – sinnvolle Therapie oder Abzocke?
- Und wenn nichts mehr geht? Behandlung mit Spendersamen (rechtliche Grundlagen, Behandlungsablauf)

09.07.2011 Medikamente und Psyche

- Mal FSH, mal Clomifen – wie soll ein Mensch das nur versteh'n? Wie wirkt welches Medikament für die Kinderwunschbehandlung
- Kinderwunsch: Wie die Paare vor, während und nach der Behandlung mit dem Frust umgehen. Berichte aus der Selbsthilfe
- Mythos oder Tatsache: Beeinflusst die Psyche den Erfolg der Kinderwunschbehandlung?

26.11.2011 Künstliche Befruchtung bei Mensch und Tier – was wir voneinander lernen können

- IUI, IVF, ICSI und Präimplantationsdiagnostik beim Menschen
- IUI, IVF, ICSI und Präimplantationsdiagnostik beim Rind



PROGRAMM ÄRE-Wochenende Weimar

6.–8. Mai 2011

Freitag, 6.5.2011

bis 19:30 Individuelle Anreise
20:00 Gemeinsames Abendessen

Samstag, 7.5.2011

9:00 Gemeinsames Frühstück im Hotel
10:00–ca.12:00 **Double Embryo Transfer (DET) in Deutschland: Strafrechtliche und reproduktionsbiologische Aspekte bei der Embryokultur aus ärztlicher Sicht**
Prof. Dr. Monika Bals-Pratsch (Regensburg)
ca. 12:00 Gemeinsamer Mittags-Imbiss im Hotel
14:00–ca.16:00 **Impfungen im Rahmen der Reproduktionsmedizin**
Dr. Christiane Kling (Kiel)
Grenzbereiche im Rahmen der Kinderwunschbehandlung aus psychologischer Sicht
Dipl.-Psych. Doris Wallraff (Nürnberg)

Nach den Vorträgen jeweils Gelegenheit zur Diskussion

ca. 18:00 Gemeinsames Abendessen (im Spiegelzelt a la carte möglich)
ca. 20:30 Gemeinsamer Abend im Spiegelzelt: Jocely B. Smith (Karte zu € 22,57 verbindl. bei Dr. E. Gouma unter evelyn@gouma.de zu bestellen)

Sonntag, 8.5.2011

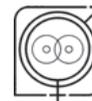
ca. 9:30 Gemeinsames Frühstück
Individuelle Abreise

Unterkunft

Hotel Anna Amalia
Geleitstr. 8–12, Weimar
Tel: 03643/49560
www.hotel-anna-amalia.de

Abendessen Freitag Restaurant JoHannsHof
Scherfgasse 1 (gleich neben dem Hotel)
Tel.: 03643/493617
Anmeldung und Auskunft über:
Dr. med. Astrid Gabert
gabert@ivf-city-leipzig.de
Fax: 0341/21 58 55 17

OEGRM-Mitteilungen



■ Gemeinsame Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie und der Österreichischen IVF-Gesellschaft – Krems, 14.–17. Oktober 2010

Die Jahrestagung 2010, erstmals wieder gemeinsam organisiert von der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (OEGRM) und der Österreichischen IVF-Gesellschaft (IVFG) fand vom 14.–17. Oktober in Krems statt. Am attraktiven Tagungsort, der Donau-Universität Krems, konnten insgesamt 187 Teilnehmer begrüßt werden.

Am 1. Kongresstag wurde mit Themen wie Hormonbefundung, Schilddrüse und Infertilität, Tubenabklärung und Fallberichten aus der ART-Praxis auf die Bedürfnisse reproduktionsmedizinisch interessierter, niedergelassener Gynäkologen eingegangen. Anschließend wurden auch verschiedene praxisbezogene Workshops angeboten.

Die folgenden 2 Tage wurden speziellen IVF-Themen gewidmet. Zu diesen Themen konnten wieder zahlreiche namhafte ReferentInnen aus dem In- und Ausland gewonnen werden, darunter Herr **Prof. Dr. Dietrich Klingmüller** aus Bonn, der einen interessanten Vortrag zur Diagnostik und Therapie endokriner Fertilitätsstörungen des Mannes hielt.

Ein Hauptthema der Tagung waren die Mehrlingsschwangerschaften nach ART. Dazu eröffnete Frau **Dr. Maryse Bonduelle** aus Brüssel mit einem Vortrag zum Thema „Outcome nach ART“ und präsentierte aktuelle Studienergebnisse, nach denen kein Unterschied im Verhalten und in der Entwicklung von spontanen und ART-Zwillingen festgestellt werden konnten. Das Thema wurde anschließend von fetalmmedizinischer und reproduktionsmedizinischer Seite beleuchtet und eine aktualisierte Empfehlung der Gesellschaften zur Anzahl der zu transferierenden Embryonen vor-



Abbildung 1: Podiumsdiskussion zum Thema Mehrlingsschwangerschaften. Prof. Dr. C. Brezinka, Prof. Dr. W. Urdl, Prof. Dr. H. Strohmmer, Prof. Dr. E. Wolner, Prof. Dr. M. Sator, Prim. Dr. G. Freude (von li. nach re.)



Abbildung 2: Preisverleihung. Prof. Dr. A. Aburumieh, Doz. Dr. D. Spitzer, Dr. A. Gschliesser (Universität Innsbruck), Dr. T. Czech (Universität Innsbruck), Prof. Dr. W. Urdl, Dr. K. Winkler (Universität Innsbruck), Prim. Dr. G. Freude (von li. nach re.)

gestellt. In der abschließenden Podiumsdiskussion (Abb. 1) wurde die Bedeutung der Reduktion der Mehrlingshäufigkeit nach ART mit den Teilnehmern diskutiert.

Auch heuer wurden wieder Preise für junge Wissenschaftler von Ferring Arzneimittel zur Verfügung gestellt. Aus den zahlreichen Einreichungen konnten vor allem 4 junge Forscher mit ihren Vorträgen überzeugen (Abb. 2).

Die wundervollen Räumlichkeiten des Schlosses Grafenegg boten den Teilneh-

mern und Sponsoren eine ausgezeichnete Möglichkeit für intensives „social networking“ im Rahmen des Festabends, der von **Prof. Aburumieh** ausgezeichnet organisiert wurde.

Vorschau:

Die Gemeinsame Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie und der Österreichischen IVF-Gesellschaft 2011 findet vom 20.–22. Oktober 2011 in Pörtlach, Kärnten statt.

■ NEU: Standardisierter Aufklärungsbogen für IVF-Patienten

Initiatoren

Bereits die gemeinsame, erfolgreiche Jahrestagung in Krems im Oktober 2010 war ein Beispiel für die gute Zusammenarbeit der „Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie“ mit der „Österreichischen IVF-Gesellschaft“. Nun ist schon die nächste Kooperation praktische Realität. Mithilfe der medizinischen Expertise, Akzeptanz und Zustimmung der beiden Fachgesellschaften, dem juristischen Input von Herrn **Prof. Ofner** und dem Organisationstalent von Frau **Dr. Möritz-Kaisergruber**, Astro-Pharma, konnte der Standard für die Aufklärung der IVF-Patienten in Österreich festgelegt werden.

Historie und Zukunft der Patientenaufklärung

Schon im alten Rom galt: „*Salus et voluntas aegroti suprema lex*“ als wichtiger Leitsatz. Der Arzt möge sich sowohl um die Gesundheit des Kranken kümmern als auch dessen Willen beachten. In Deutschland um 1900 wurde eine Operation als vorsätzliche Körperverletzung laut Strafgesetzbuch bewertet. Diese Rechtswidrigkeit konnte durch die Einwilligung des Patienten beseitigt werden. Um 1915 entstand in den USA der Begriff des „informed consent“, – aus den Maximen von Patientenwürde und Recht auf eigene Entscheidung. Erst Mitte der 1950er Jahre wird diese Art der Aufklärung zum Standard. Seit 1979 gibt es einen standardisierten Aufklärungsbogen für die Anästhesie. Ca. 500 verschiedene Bögen stehen für die häufigsten ärztlichen Eingriffe in Verwendung. Im Feld der Chirurgie und Anästhesie existieren bis zu 13 verschiedene Fremdsprachenversionen. Neue Gebiete wie Gendiagnose und Gewebegesetz kommen laufend dazu. Zurzeit ist noch die gedruckte Form der Standard, jedoch wird die Informationsvermittlung schon bald via E-book, iPad, Tablet-PC etc. erfolgen. Flatscreen-Patiententerminals und Informationssysteme am Point of Care (z. B. Krankenbett) werden die situationsgerechte Patientenaufklärung weiter erleichtern. Ein interaktiv geführter Fragenkatalog wird Risikoprofile besser erkennen lassen. Digitale Signatur und pdf-File-Archive werden den Aufklärungs- und Dokumentationspro-

zess und die Umsetzung der WHO-Standards der Patientensicherheit weiter optimieren.

Rechtssituation

Die Rechtsprechung nimmt an, dass zwischen dem Wissen des Arztes und dem des Patienten eine erhebliche Diskrepanz besteht. Diese ist durch den Aufklärungsbogen zu verringern. Die Aufklärung soll dem Patienten helfen, die anamnestischen, diagnostischen und therapeutischen Schritte besser zu verstehen, sodass die Sicht des Patienten in fundierte Entscheidungen einfließen kann. Da der Arzt/die Klinik nun die Beweislast für die richtige Durchführung der Aufklärung hat, ist präzise Dokumentation von großer Bedeutung. Ein mögliches Prozessrisiko besteht auch bei der Kinderwunschbehandlung in der nicht erfolgten oder mangelhaften Aufklärung von Patienten. Bei Gericht stellt sich daher in solchen Fällen die Frage nach dem in Österreich herrschenden Standard – der hiermit vorliegt. Die Aufklärungspflicht ist in Verfassung, Straf- und Zivilrecht verankert.

Aufklärungsbogen

Auf 9 A4-Seiten gibt der Aufklärungsbogen eine gute Übersicht der Bereiche Indikation, Darstellung der In-vitro-Fertilisation, Therapieplan, Risiken und Nebenwirkungen bei Stimulationsbehandlung, Eizellentnahme, Transfer und ev. Mehrlingsschwangerschaften.

Fließtext wechselt mit graphischen Darstellungen und Frageblöcken zur Datenerhebung. Den Abschluss bilden die Einwilligung und Zustimmungserklärung sowie eine Samenbestätigung. Im Sinne einer individuellen Beratungsmöglichkeit kann jedes IVF-Zentrum selbst entscheiden, ob es zur Aufklärung die eigenen Erfolgsraten oder den Durchschnitt aus dem letzten IVF-Fonds-Register wählt (Punkt 4. 4.). Der individuelle Behandlungsplan und die Details der Kostenübernahme durch den IVF-Fonds sollte zusätzlich von jedem Zentrum beigelegt werden.

Vorteile für alle Beteiligten

Für Ärzte:

- Die Verwendung eines standardisierten Bogens automatisiert die Dokumentationspflicht.
- Die Beweismöglichkeiten für Arzt/IVF-Zentrum werden verbessert.

- Die Kommunikation mit dem Patienten wird verbessert.
- Verbesserung des Prozessablaufs und der Qualitätssicherung.
- Die Patientenbeziehung wird belastbarer.

Für Patienten:

- Unabhängig vom Institutsleiter und Personal wird der Informationsstand erhöht.
- Verbessertes Wissen erhöht die Compliance.
- Die Zufriedenheit wird verbessert.
- Die Kommunikation mit dem Arzt wird vereinfacht.
- Umfassende Information schützt vor Angst vor dem Unbekannten.

Für Zuweiser:

- Das Service für Ihre Patienten wird verbessert.

Für den IVF-Fonds:

- Umfassenderes Patientenwissen verbessert die Ergebnisse.
- Prozessabläufe werden weiter optimiert.
- Therapietreue (und damit die Medikamentenutilisation) wird verbessert.
- Ökonomische Benefits.

Verfügbarkeit

Der Aufklärungsbogen wird in Österreich allen IVF-Zentren kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Er ist als lebendes Dokument anzusehen und wird bei Veränderung (z. B. der Therapie, des Umfelds der gesetzlichen Bedingungen) angepasst. Diese Überarbeitungen werden in Zukunft in Kooperation der beiden Gesellschaften mit Frau Dr. Möritz-Kaisergruber und Herrn Prof. Ofner vorgeschlagen und gegebenenfalls umgesetzt. Um maximale Praxisnähe und Verwendbarkeit zu erreichen, ist dieser Bogen in den wichtigen Sprachen Englisch, Italienisch, Türkisch, Serbokroatisch und Russisch erhältlich. So kann auch bei der Behandlung fremdsprachiger Patienten Rechtssicherheit erlangt werden.

Kontakt:

Dr. Sabine Möritz-Kaisergruber
Astro-Pharma GmbH
A-1200 Wien, Allerheiligenplatz 4
Tel.: +0043/ (1) 961 93 13
E-Mail: office@astro-pharma.at

PATIENTENAUFKLÄRUNG
zur IVF-Behandlung
ausgearbeitet von der
Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie
und der
Österreichischen IVF-Gesellschaft

Sehr geehrtes, liebes Paar,

<u>Frau (Patientin):</u>	<u>Ehemann/Lebensgefährte (Patient):</u>
Familienname:	Familienname:
Geburtsname:	Geburtsname:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum/ -ort:	Geburtsdatum/ -ort:
Sozialversicherungsnummer:	Sozialversicherungsnummer:
Staatsangehörigkeit:	Staatsangehörigkeit:
Straße:	Straße:
Postleitzahl/Ort:	Postleitzahl/Ort:
Land:	Land:
Telefon/Fax:	Telefon/Fax:
Mobiltelefon:	Mobiltelefon:
Email-Adresse:	Email-Adresse:

Vor der Behandlung wird die Ärztin/der Arzt mit Ihnen über die Möglichkeiten der geplanten Maßnahmen sprechen und allenfalls entsprechende vorbereitende Untersuchungen vornehmen. Sie müssen naheliegende, typische Risiken und Folgen kennen, damit Sie sich entscheiden können.

Die Kinderwunschbehandlung muss sehr individuell geplant und durchgeführt werden. Aus diesem Grund ist es notwendig, dass unser Team sich genügend Zeit nimmt, um Ihre Probleme zu analysieren und einen für Ihre Bedürfnisse optimalen Therapieplan zu erstellen.

Wir bitten Sie, die **Informationsbroschüre „Der unerfüllte Kinderwunsch“** genau zu lesen. Sie werden zum besseren Verständnis darüber vor Unterfertigung des Vertrages eingehend belehrt werden. Wir laden Sie ein, alle Fragen an die behandelnden Ärzte (den behandelnden Arzt) zu stellen.

I. MEDIZINISCHE INFORMATION zur IVF-BEHANDLUNG

1. Wann ist eine IVF sinnvoll?

Die extrakorporale Befruchtung (Retortenbaby), die nicht gänzlich frei von Risiken ist, bringt körperliche und seelische Belastungen mit sich. Diese Belastungen werden z.T. sehr unterschiedlich erfahren. In jedem Fall sollte die IVF nur dann angewandt werden, wenn alle anderen Behandlungsmöglichkeiten (z.B. durch Medikamente, kleinere operative Eingriffe oder Inseminationen) von vornherein ausgeschlossen oder bereits ausgeschöpft sind. Einige Auswahlkriterien für eine IVF-Behandlung sind:

Frau:

- **Tubare Sterilität:** Beide Eileiter sind verschlossen oder mussten entfernt werden.
- **Endometriose:** Eine oft schmerzhafte, chronische Erkrankung von Frauen, bei der Gebärmutter-schleimhaut außerhalb der Gebärmutter, die z.B. an den Eileitern, an den Eierstöcken, an Darmschlingen, an der Blase usw., vorkommt.
- **PCOS – Polycystisches Ovarsyndrom:** Viele kleine Zysten in den Eierstöcken.

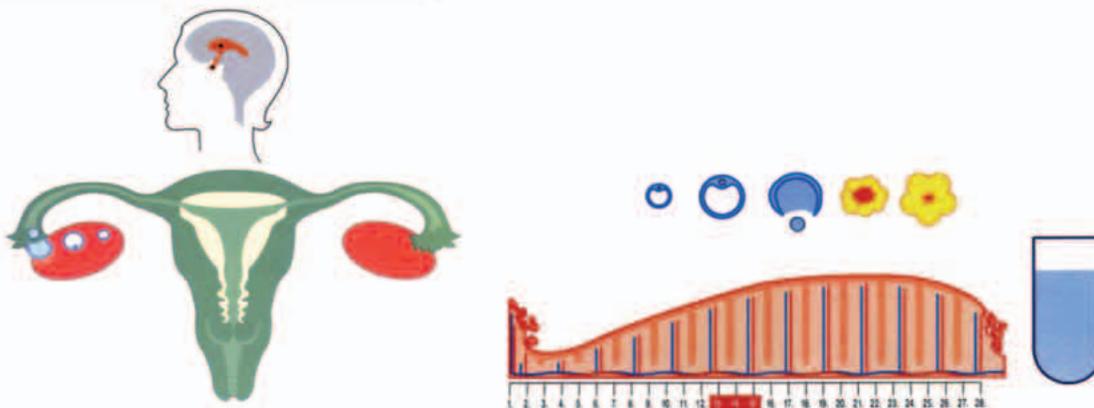
Mann:

- die Zeugungsfähigkeit des Mannes ist erheblich eingeschränkt, weil er zu wenig oder zu wenig normale Samenzellen hat (**männliche Subfertilität**); hier wird der ICSI-Behandlung ein immer größerer Stellenwert eingeräumt;
- **Immunologische Sterilität:** es wurden Antikörper gegen Ei- oder Samenzellen nachgewiesen.

Mann und Frau:

Ungeklärte Sterilität: der Grund für das Ausbleiben einer Schwangerschaft ist auch nach eingehenden Untersuchungen nicht nachweisbar, wird auch idiopathische Sterilität oder unexplained infertility genannt.

2. Darstellung der In vitro Fertilisation:



In unserem Institut werden Patientinnen betreut, die auf natürliche Weise (vergleiche Pkt. 1) nicht schwanger werden können. Auch bei Störungen von Seiten des Ehemannes (Partners) sind mit der extrakorporalen Befruchtung (In Vitro Fertilisierung und Embryo Transfer - IVF/ET), evtl. verbunden mit Mikroinjektion von Samen in die Eizelle (Intracytoplasmische Sperma Injektion = ICSI-Methode), in vielen Fällen sehr gute Erfolge zu erwarten. Ziel dieser Behandlung ist es, durch die Hormonstimulation die Heranreifung von mehreren Eizellen zu erzielen und die anschließende Gewinnung dieser reifen Eizellen durch Punktion der Eibläschen unter Ultraschallsicht durch die Scheide. Danach erfolgt die Befruchtung der Eizellen außerhalb des weiblichen Körpers (in vitro) mit den Samenzellen des Ehemannes (Partners). Eine vorher bestimmte Anzahl der befruchteten Eizellen wird dann nach einigen Tagen wieder in die Gebärmutter eingesetzt, um so unter Umgehung des Eizelltransportes durch die Eileiter auch eine Schwangerschaft eintreten zu lassen. Hierfür sind einige Dinge von Wichtigkeit:

- Wenn Sie beabsichtigen, sich von uns betreuen zu lassen, versuchen Sie bitte, alle erreichbaren Unterlagen über Voroperationen, Hormonbestimmungen, Temperaturkurven, Samenuntersuchung des Ehemannes/ Partners, usw. zusammenzustellen und zu einer ersten Vorbesprechung Ihrer Situation mitzubringen.

- Die Behandlung besteht aus den folgenden Schritten (hier beispielhaft aufgezeigt, denn **jede** Behandlung wird individuell geplant!):
 - Vorbesprechung mit Untersuchung nach telefonischer Anmeldung.
 - Die Verschreibung von Medikamenten für die Stimulation erfolgt individuell. Anlässlich der Vorbesprechung wird ein Therapieplan erstellt und im Detail genau erklärt.

3. Therapieplan:

- 3.1 Die Stimulation erfolgt mit verschiedenen Hormonkombinationen mit oder ohne Vorbehandlung, mittels sogenannter Ultrakurz-, Kurz-, Langprotokolle oder Antagonisten-Protokoll. Ihr betreuender Arzt wird Ihnen das für Sie in Frage kommende Stimulationsprotokoll genau erklären, Ihnen genau zeigen, wie Sie die Medikamente nehmen sollen und Ihnen dann das Protokoll mit genauer Anleitung mitgeben.
- 3.2 Ultraschalluntersuchungen werden etwa ab dem 6.-10. Behandlungstag durchgeführt. Den genauen Zeitpunkt erfahren Sie von uns rechtzeitig. Wenn bei diesen Untersuchungen das größte Eibläschen einen Durchmesser ab 18 mm aufweist und alle Parameter eine ausreichende Eizellreifung anzeigen, wird eine Injektion (hCG - **Pregnyl, Pregnesin, Profasi, Choragon, oder Decapeptyl**) intramuskulär verabreicht. Dadurch wird die letzte Reifungsphase der Eizellen eingeleitet. Die Gewinnung dieser Eizellen erfolgt 34-36 Stunden danach.
- 3.3 Die Punktion der Eibläschen erfolgt durch die Scheide, in der Regel unter Sedierung (Dämmer Schlaf) mittels einer Kombination eines schmerzstillenden Mittels mit einem Sedierungsmittel ambulant im Institut unter Ultraschallsicht. Wenn eine Kurznarkose notwendig bzw. erwünscht ist, dürfen Sie 6 Stunden vorher nichts essen und trinken!
- 3.4 Am Tag der Eizellgewinnung muss auch der Partner zu einer vorher festgelegten Zeit in das Institut kommen, um hier den Samen (durch Masturbation gewonnen) bereitzustellen. Wenn er den Samen von zu Hause mitbringt, muss er schriftlich bestätigen, dass dieser von ihm selbst stammt. Im Falle der Notwendigkeit einer Intracytoplasmischen Spermajektion (ICSI) nach Gewinnung der Spermatozoen aus dem Hoden [Testikuläre Sperma Extraktion (TESE)] oder aus dem Nebenhoden [Mikrochirurgische Epididymale Sperma Aspiration (MESA)] wird der genaue Zeitpunkt dieser Operation beim Gatten/Partner individuell festgelegt und erfolgt im Regelfall vor der Eizellpunktion
- 3.5 Kann eine Befruchtung der Eizellen erreicht werden, erfolgt 2-5 Tage nach der Punktion das Zurücksetzen von üblicherweise max. 2, in Ausnahmesituationen (Frau > 40, wiederholte Fehlschläge, schlechte Qualität der Embryonen etc.) auch von mehreren daraus entstandenen Embryonen in die Gebärmutter, sogenannter Embryo- oder Blastocystentransfer. Abschließend wird die weitere oder zusätzliche Hormonbehandlung festgelegt, in einem aufklärenden Gespräch werden Verhaltensmaßnahmen empfohlen und die Termine für eventuelle Kontrolluntersuchungen vereinbart. Sollten dann noch überzählige Embryonen vorhanden sein, können diese, abhängig von ihrer Qualität, tiefgefroren werden.
- 3.6 Probleme während des Behandlungszeitraumes: Sollten Probleme (z.B. Krämpfe, Blutungen, Schmerzen) auftreten, ersuchen wir Sie, sofort mit unserem Institut Verbindung aufzunehmen und ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Wir stehen Ihnen in einer Notfallsituation (und bitte nur dann!) unter folgenden Telefonnummern zur Verfügung:

NOTFALLSTELEFONNUMMER:

4. Risiken und Nebenwirkungen einer IVF Behandlung

4.1 Ist mit Nebenwirkungen bei der Stimulationsbehandlung zu rechnen?

- Die Behandlung mit **Hormontabletten** (Antiöstrogenen) führt gelegentlich zu weitgehend harmlosen Nebenwirkungen wie z.B. Hitzewallungen, Kopfschmerzen, Sehstörungen, Völlegefühl, schmerzhaftem Ziehen im Unterbauch oder Eierstockzysten. Allerdings kann es in sehr seltenen Fällen auch zur Überstimulation und zu Mehrlingsschwangerschaften kommen.
- Bei der Behandlung mit **Hormonspritzen** tritt – je nach Dosierung und Veranlagung – eine erhebliche vorübergehende Vergrößerung der Eierstöcke auf, die zu starken Bauchschmerzen führen kann. Zusätzlich können sich evtl. Wasseransammlungen im Bauch und in der Lunge bilden, die Atemnot und Übelkeit zur Folge haben. In diesem Zusammenhang kann es zum Verlust von Flüssigkeit aus den Blutgefäßen und Ansammlung derselben in der Bauchhöhle, Lunge und im peripheren Gewebe (Bein- und Armödemen) kommen. Dadurch erhöht sich das Risiko, dass sich Blutgerinnsel (Thrombosen) bilden, die auch zum Verschluss von Blutgefäßen (Embolie) führen können.

- Diese Nebenwirkungen (**Überstimulationssyndrom, OHSS = Ovarian Hyper Stimulation Syndrom**) lassen sich in der Regel medizinisch gut beherrschen. Sie erfordern in - seltenen Fällen eine stationäre Behandlung. In ganz extrem seltenen Fällen können sie sogar zu lebensbedrohlichen Zuständen bis hin zum Tode führen.

4.2 Welche Probleme können durch die Eizellentnahme auftreten?

In der Regel verläuft die Eizellentnahme ohne Komplikationen. Trotz größter Sorgfalt treten in seltenen Fällen jedoch Probleme auf. Es handelt sich dabei beispielsweise um

- Verletzung innerer Organe (z.B. Darm, Blutgefäße, Nerven, Harnblase) durch die Punktionsnadel (Ultraschallpunktion) ist das Verletzungsrisiko bei ungünstigen anatomischen Bedingungen erhöht, vor allem nach Voroperationen mit Verwachsungen;
- stärkere Blutungen: sie werden meist sofort erkannt und behandelt. Blutübertragungen sind fast nie erforderlich;
- leichte Nachblutungen und Blutergüsse: hier ist meist keine Behandlung erforderlich;
- Durchblutungsstörungen: sie sind denkbar durch Verschluss oder Schädigung von Blutgefäßen und können zum Absterben von Gewebe (z.B. Haut) oder Organen (z.B. Darm) führen, kommen jedoch nur äußerst selten vor;
- Infektionen: Je nach Ort und Ausmaß der Infektion sind unterschiedliche Folgeprobleme zu befürchten. Im Extremfall können zur Beherrschung des Krankheitsbildes große Bauchoperationen u.a. mit Entfernung der Gebärmutter und der Eierstöcke nötig werden. Dies führt zur endgültigen Sterilität und kann auch psychosexuelle Störungen zur Folge haben. Solche Infektionen kommen jedoch nur sehr selten vor.
- Therapieversagen: In seltenen Fällen können keine befruchtungsfähigen Eizellen gewonnen werden und damit entfällt auch die Befruchtung außerhalb des Körpers (in vitro) und auch die Rückgabe (Embryotransfer) der befruchteten Eizellen (Embryonen).

4.3 Störungen speziell bei der Embryonen-Übertragung (Embryo- oder Blastocystentransfer)?

In der Regel ist das Einbringen der Embryonen oder Blastocysten in die Gebärmutter (Embryo- od. Blastocystentransfer) ungefährlich. Es können jedoch auch hier in seltenen Fällen Komplikationen auftreten:

- Sehr selten kann es nach der Übertragung der Embryonen zu krampfartigen Bauchschmerzen kommen.
- Eine Eileiterschwangerschaft oder eine aufsteigende Infektion kann nicht völlig ausgeschlossen werden.

4.4 Erfolgsquote:

Im Durchschnitt sind in Österreich lt. IVF-Fonds Schwangerschaftsraten (positive Herzaktion) von 29% - 34% pro Therapie möglich.

4.5 IVF/ICSI und Risiken einer Mehrlingsschwangerschaft?

Beim Transfer von zwei und drei Embryonen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einer Mehrlingsschwangerschaft kommt. Alle Mehrlingsschwangerschaften (Zwillinge, Drillinge, selten auch Vierlinge) gelten als Risikoschwangerschaften und sollten daher nach Möglichkeit verhindert werden. Deutlich erhöht sind dabei die Abortusraten und die Frühgeburtsraten. Ebenso kann es zu verschiedenen Entwicklungsstörungen der Kinder bei Mehrlingsschwangerschaften, z.B. Retardierung (Mangelentwicklung, Zurückbleiben der körperlichen und/oder geistigen Entwicklung) kommen. Die Zwillingsschwangerschaftsrate liegt laut dem Österreichischen IVF Register im Jahre 2009 bei 21,8%, die Drillingschwangerschaften bei 1,2%, Vierlinge treten, wenn überhaupt, nur vereinzelt auf. Im Vergleich zum dem Deutschen Register DIR von 2008 liegen hier die Zahlen bei Zwillingsschwangerschaften bei etwa 26%, die Drillingschwangerschaften bei 2,11%, Vierlinge gab es 2008 keine. Im Vergleich zu früheren Jahren sinken die Mehrlingsschwangerschaftsraten konstant. Die Abortusraten liegen bei Mehrlingsschwangerschaften zwischen 18,9% und 20,3%.

Beim Rücktransfer von zwei Embryonen kann es in seltenen Fällen (< 1%) durch z.B. eineiige Zwillingsbildung auch zu höhergradigen Mehrlingen kommen (Drillinge und ganz selten sogar Vierlinge). Dies stellt eine ernste Komplikation dar, da es in diesen Fällen immer zu Frühgeburten verbunden mit möglichen Behinderungen und einer erhöhten kindlichen Sterblichkeit kommt.

Bei der Follikelpunktion kann es sein, dass nicht immer alle Eizellen entnommen werden können. Deshalb ist ein geschützter Geschlechtsverkehr (mit Kondom) von Beginn der Stimulation bis drei Tage nach der Punktion dringend anzuraten, um eine zusätzliche spontane Empfängnis zu vermeiden (Mehrlingsschwangerschaft).

II. Fragebogen für Patientinnen mit Kinderwunsch

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir die Sinnhaftigkeit einer IVF-Behandlung beurteilen und im einzelnen mit Ihnen besprechen können sowie etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

<p>1. Wie war in letzter Zeit der Abstand zwischen Ihren monatlichen Blutungen ohne Einnahme von Medikamenten?</p> <p>Zwischen _____ und _____ Tagen.</p> <p><u>1.a. Wieviel Tage bluten Sie durchschnittlich?</u> _____ Tage</p> <p><u>1.b. Blutungsstärke ?</u> <input type="radio"/> stark <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schwach</p>			
<p>2. Körpergröße: _____ Gewicht: _____</p>			
<p>3. Sind Sie Raucherin ? Wenn ja wieviele Zigaretten/Zigarren in der Woche ? _____</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<p>4. Trinken Sie Alkohol ? Wenn ja wieviel Alkohol trinken Sie in der Woche ? _____</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<p>5. Erster Tag Ihrer letzten Periodenblutung? _____ Wenn Sie dies nicht mehr genau wissen, geben Sie bitte den Monat oder das Jahr an</p>			
<p>6. Waren Sie schon einmal schwanger</p> <p>a) Geburten: 1. (Jahr) _____ 2. (Jahr) _____ 3. (Jahr) _____ .</p> <p>b) Fehlgeburten: 1. (Jahr) _____ im wievielten Monat? _____ 2. (Jahr) _____ im wievielten Monat? _____ 3. (Jahr) _____ im wievielten Monat? _____</p> <p>c) Schwangerschaftsunterbrechungen: 1. (Jahr) _____ 2.(Jahr) _____ 3. (Jahr) _____</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<p>7. Wurden bei Ihnen Bauch- oder Unterleibsoperationen durchgeführt?</p> <p>falls ja, welche Operation? _____</p> <p>Wann? 1. (Jahr) _____ 2. (Jahr) _____</p> <p>Falls im Unterleib, wurden danach die Eileiter überprüft?</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<p>8. Kam es bei früheren Operationen oder Verletzungen (z.B. Zahnbehandlung) zu verstärkter Blutung/Blutverlusten? Waren Übertragungen von Blut oder Blutbestandteilen erforderlich?</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<p>9. Nehmen Sie blutgerinnungshemmende (blutverdünnende) Medikamente (wie z.B. Marcoumar, Sintrom, Aspirin oder niedermolekulares Heparin) ?</p> <p>Wenn ja welche in welcher Dosierung</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<p>10. Hatten Sie schon Röteln?</p> <p>10.a) Sind Sie gegen Röteln geimpft?</p> <p>10.b) Falls ja, wurde die Impfung kontrolliert?</p>	<input type="radio"/> unsicher <input type="radio"/> unsicher <input type="radio"/> unsicher	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nein
<p>11. Seit wievielen Jahren besteht Ihr Kinderwunsch? Seit _____ Jahren.</p>			

<p>12. Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bzw. der Kinderlosigkeit bereits in Behandlung anderer Ärzte? falls ja, welche Abklärungen wurden bereits durchgeführt?</p> <p>welche Behandlungen wurden bereits durchgeführt?</p> <p>Wie lange? ____ Jahre. <input type="radio"/> beim praktischen Arzt <input type="radio"/> beim Frauenarzt</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<p>13. Haben Sie seelische Probleme? Wenn ja aus welchem Grund ?</p> <p>a) aufgrund Ihres Kinderwunsches ? b) im Zusammenhang mit Ihrer Partnerschaft? c) aufgrund Ihres Berufes? d) andere Gründe?</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<p>14. Sind Störungen des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit) oder wichtiger Organe (Kreislauf, Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt?</p> <p>Wenn ja, welche? _____</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<p>15. Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis A,B oder C, oder HIV/AIDS)? Wenn ja, welche? _____</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<p>16. Wurden Allergien (z.B. gegen Pflaster, Latex, Medikamente, Nahrungsmittel) beobachtet? Wenn ja, welche? _____</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<p>17. Kam es früher bei Wunden zu Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung?</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<p>18. Kam es zur Bildung/Verschleppung von Blutgerinnseln (Thrombosen, Embolien)?</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<p>19. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Schmerztabletten, Herztabletten oder blutgerinnungshemmende Mittel, Blutdruckmittel, Diabetesmedikamente) ein? Wenn ja, welche? _____</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<p>20. Welche Fragen beschäftigen Sie im Zusammenhang mit der geplanten IVF Behandlung ?</p>		
<p>21. Wurde bei Ihnen schon einmal eine lokale Betäubung (Lokalanästhesie) oder Sedierung (Dämmerschlaf) vorgenommen (z.B. Zahnarzt)?</p>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<p>22. Wieviele Embryonen sollen eingepflanzt (implantiert) werden ? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> mehr als drei _____</p>		
<p>Bitte beachten Sie dazu Pkt. 4.5.</p>		

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

III. Einwilligung und Zustimmung gem. § 8 FMedG

Sie erfüllen die Voraussetzungen für die extrakorporale Befruchtung, die gute Chancen für eine Schwangerschaft bietet.

I. Rechtliche Informationen

Das österreichische Bundesgesetz, BGBl Nr. 275/1992, mit dem die Regelung über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung getroffen (Fortpflanzungsmedizinengesetz - FMedG), schreibt die entsprechenden Einwilligungserklärungen Ihrerseits bindend vor. Aus diesem Grund erlauben wir uns, Ihnen diese Einwilligungserklärung zur Vornahme medizinisch unterstützter Fortpflanzung zur Unterschrift vorzulegen.

Die medizinisch unterstützte Fortpflanzung darf von heute an für einen Zeitraum von zehn Jahren bzw. bis auf Widerruf lt. §8(4) des FMedG durchgeführt werden. Wir wurden ausdrücklich darüber aufgeklärt, dass diese Zustimmung nach dem FMedG dem Arzt gegenüber von der Frau und vom Mann bis zur Einbringung des Samens in den Körper der Frau widerrufen werden kann; bei der Vereinigung von Eizellen mit Spermazellen außerhalb des Körpers der Frau kann die Zustimmung nach dem FMedG von der Frau bis zur Einbringung der entwicklungsfähigen Zellen in ihren Körper, vom Mann nur bis zur Vereinigung der Eizellen mit Spermazellen widerrufen werden [§8(4)]. Dieser Widerruf bedarf keiner bestimmten Form; der Arzt hat den Widerruf schriftlich festzuhalten und hierüber auf Verlangen eine Bestätigung auszustellen.

2. Einwilligung und Zustimmungserklärung

- Wir erteilen bis auf Widerruf unsere ausdrücklich Zustimmung (Einwilligung) zur Durchführung eine HIV-, Hepatitis B und C- Untersuchung im Rahmen der Behandlung der Kinderlosigkeit am Institut für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie. Wir wurden eingehend über den Zweck des HIV-Tests und die Tragweite eines positiven Befundes, über die Arten der Infektion mit HIV, sowie die Verhaltensregeln zur Vermeidung einer solchen Infektion informiert.
- Wir erteilen bis auf Widerruf unsere ausdrücklich Zustimmung (Einwilligung) zur Durchführung der medizinisch unterstützten Fortpflanzung
 - durch das Einbringen von Samen in die Geschlechtsorgane einer Frau oder
 - Vereinigung von Eizellen und Spermazellen außerhalb des Körpers einer Frau oder
 - Einbringen von entwicklungsfähigen Zellen in die Gebärmutter oder den Eileiter einer Frau oder
 - das Einbringen von Eizellen und von Eizellen mit Samen in die Gebärmutter oder den Eileiter einer Frau.
- Wir als Paar erteilen unsere Zustimmung, Samen bzw. befruchtete Eizellen und Embryonen tiefzugefrieren. Wir nehmen zur Kenntnis, dass dies höchstens für zehn Jahre möglich ist. Diese schriftliche Zustimmung (Einwilligung) gilt auch für ein allfälliges Reaktivieren (Auftauen nach Tiefgefrieren). Wir nehmen zur Kenntnis, dass das Tiefgefrieren (Kryokonservierung) von imprägnierten Eizellen und Embryonen zur späteren Herbeiführung einer Schwangerschaft dient. Jeder der beiden Partner kann die Einwilligung jederzeit widerrufen. Bei Widerruf der Einwilligung oder bei Ablauf der Konservierungsdauer sind die imprägnierten Eizellen und Embryonen sofort zu vernichten.
- Wir Ehepartner weisen unsere Ehe durch die dieser Erklärung beigeheftete beglaubigte Kopie unserer **Heiratsurkunde** nach. Bei Lebensgemeinschaft legen wir einen **Notariatsakt**, wie lt. FMedG gefordert, vor. Wir verpflichten uns, eine etwaige Beendigung unserer Ehe bzw. Lebensgemeinschaft während der Dauer der Behandlung dem behandelnden Arzt der Krankenanstalt sofort mitzuteilen. Wir bestätigen, dass die Möglichkeit einer psychologischen Beratung angesprochen besprochen wurde, wie im Fortpflanzungsgesetz vorgesehen.

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. In einem persönlichen Gespräch sind meine Fragen ausreichend beantwortet worden.

Tag/Monat/Jahr von ^h bis ^h

(Arzt)

(Ehefrau/Lebensgefährtin)

(Ehemann/Lebensgefährtin)

Bei **fremdsprachigen Patienten** war ein Dolmetscher bzw. ein von der Patientin vorgeschlagener der Sprache der Patientin/des Patienten mächtiger Laie (Name: _____) beigezogen.

(Unterschrift des Dolmetschers)

Aufklärungsblatt der
Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (Präsident Univ. Doz. Dr. D. Spitzer)
und der
Österreichischen IVF-Gesellschaft (Präsident Prim. Dr. G. Freude)
auf Initiative von Univ. Prof. Dr. H. Zech
unter der Rechtsberatung von
Univ. Prof. Dr. Helmut Ofner, LL.M., Universität Wien
unterstützt durch
Dr. S. Möritz-Kaisergruber

Samenbestätigung

Der Ehemann/Lebensgefährte bestätigt, dass der mitgebrachte Samen, der dem Team des Kinderwunschzentrums übergeben wird, von ihm selbst stammt.

Er ist damit einverstanden, dass seine Ehefrau/Lebensgefährtin seinen Samen übergeben darf.

Die Ehefrau/Lebensgefährtin bestätigt, dass der von ihr übergebene Samen von ihrem Ehemann/Lebensgefährten stammt.

Ehemann/Lebensgefährte -----

Ehefrau/Lebensgefährtin -----

Ort, Datum

L 5 KR 46/08

S 5 KR 7/06 SG Kiel

Ablichtung

SCHLESWIG-HOLSTEINISCHES LANDESSOZIALGERICHT



verkündet am 20. Mai 2010
Bach
Justizangestellte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

RA	EINGEGANGEN	
SP	15. Juni 2010	
Richt- spr.	INGWERSEN, HÖPER & PANNING RECHTSANWÄLTE	
zGA		

In dem Rechtsstreit

- Kläger und Berufungskläger -

Prozessbevollmächtigte: Rechtsanwälte Ingwersen, Höper, Klötzer, Hagen, Panning,
Meihs, Hamburger Chaussee 196, 24113 Kiel, - 05/00222 Hö-

g e g e n

Barmer GEK Vorstand; Gottlieb-Daimler-Straße 19, 73529 Schwäbisch Gmünd,
- Abt4-18-06994356 hoe - vertreten durch Tobias Oberst BARMER GEK Hauptverwaltung
Leistung und Recht, Gottlieb-Daimler-Straße 19, 73529 Schwäbisch Gmünd,

- Beklagte und Berufungsbeklagte -

hat der 5. Senat des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts auf die mündliche Ver-
handlung vom 20. Mai 2010 in Schleswig durch

den Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht Timme,

den Richter am Landessozialgericht Littmann,

den Richter am Landessozialgericht Selke,

den ehrenamtlichen Richter Schulze,

den ehrenamtlichen Richter Berg

für Recht erkannt:

**Auf die Berufung des Klägers werden das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom
8. April 2008 sowie der Bescheid der Beklagten vom 19. Juli 2005 in der Fas-
sung des Widerspruchsbescheides vom 14. Dezember 2005 aufgehoben.**

Die Beklagte wird verurteilt, 3.026,26 EUR an den Kläger zu zahlen.

**Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten des Klägers für beide Instanzen
zu erstatten.**

Die Revision wird zugelassen.

	ICSI- Indika- tionsbe- fund	29.10.03	03.10.03	13.04.05
Konzentration (Mio./ml)	<10	1,87	0,31	1,56
Gesamtmotilität (%)	<30	?	?	?
Progressivmotilität (WHO A in %)	<25	25	25	66
Normalformen (%)	<20	?	?	?

Mit Bescheid vom 19. Juli 2005 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme mit der Begründung ab, die Voraussetzungen der Richtlinien über künstliche Befruchtung seien nicht erfüllt.

Hiergegen legte der Kläger mit Schreiben vom 15. August 2005 Widerspruch ein. Er machte geltend, die Ablehnung der Kostenübernahme für die ICSI-Behandlung widerspreche § 27a Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V), denn die von ihm begehrte ICSI-Behandlung stelle nach ärztlicher Kenntnis praktisch die einzige Möglichkeit dar, den vorhandenen Kinderwunsch zu realisieren. Nach Aussage der behandelnden Ärztin sei nur ICSI indiziert. Dem stehe auch nicht entgegen, dass die Kriterien der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (Richtlinien über künstliche Befruchtung) nicht erfüllt seien. Diese berücksichtigten nämlich nicht umfassend alle medizinisch denkbaren Fälle von Fertilitätsstörungen und führten daher in Fällen wie dem vorliegenden zu unzulässigen Leistungsausschlüssen. Die alleinige Berücksichtigung der progressiven Motilität führe, wenn - wie hier - die Spermienkonzentration deutlich zu gering sei, zu Unbilligkeiten. Die Sektion Endokrinologie und Reproduktionsmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein

habe bestätigt, dass aus medizinischer Sicht eine ICSI-Behandlung indiziert sei. Auch liege eine ICSI-Indikation nach den Richtlinien zur Durchführung der assistierenden Reproduktion des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer vor. Ohne die ICSI-Behandlung könnten der Kläger und seine Ehefrau nicht behandelt werden, weil die Spermienkonzentration weit unter 10 Mio./ml liege. Die Spermienkonzentration sei eines der vier von den Richtlinien zur künstlichen Befruchtung genannten Kriterien. Nach ärztlicher Feststellung sei eine Befruchtung auf natürlichem Wege oder mittels einer IVF ohne zusätzliche Durchführung einer ICSI nicht möglich. Die Spermienkonzentration habe beim Kläger zwischen 0,3 und 1,8 Mio./ml geschwankt. Nach ärztlicher Feststellung sei deshalb eine ICSI-Behandlung erforderlich. Nach den Richtlinien über künstliche Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses könne das ICSI-Verfahren vorliegend nicht über die Krankenversicherung abgerechnet werden, weil diese Indikation bislang nicht in den Richtlinien erfasst sei. Diese wiesen daher eine regelwidrige Lücke auf. Sie ließen die Konstellation unberücksichtigt, in der die Spermienkonzentration derart deutlich unterhalb des Grenzwertes liege, dass nach ärztlicher Feststellung eine Befruchtung ohne Durchführung des ICSI-Verfahrens nicht erfolgen könne.

Mit Widerspruchsbescheid vom 14. Dezember 2005 wies die Beklagte den Widerspruch unter Hinweis auf die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über künstliche Befruchtung zurück.

Am 10. Januar 2006 hat der Kläger Klage vor dem Sozialgericht Kiel erhoben und zur Begründung im Wesentlichen sein bisheriges Vorbringen wiederholt. Ergänzend hat er erklärt, dass ICSI-Behandlungen im August 2006, Februar 2007 und Januar 2008 durchgeführt worden seien. Der Kläger hat die Klage beschränkt

auf die Übernahme der Hälfte der Kosten für die erste ICSI-Behandlung im Jahre 2006, nachdem die Beklagte sich aufgrund eines erneuten Antrages bereiterklärt hatte, die anteiligen Kosten für die zweite ICSI-Behandlung im Februar 2007 zu übernehmen. Diese beruhte auf dem neuen Behandlungsplan vom 10. Januar 2007 nach einer vorherigen Untersuchung des Klägers, die zweimalig Werte ergeben hatte, die den Richtlinien für eine ICSI-Behandlung entsprachen. Eine Übernahme der anteiligen Kosten für die dritte ICSI-Behandlung im Januar 2008 kam wegen des vorherigen Überschreitens der Altersgrenze von 40 Jahren der Ehefrau des Klägers nicht mehr in Betracht.

Mit Urteil vom 8. April 2008 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt, dass nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, die grundsätzlich für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und deren Verbände verbindlich seien, keine Indikation für die ICSI-Behandlung vorliege. Auch der vom Kläger geltend gemachte Systemmangel bestehe nicht. Die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion sei nicht geeignet, die Richtlinien über die künstliche Befruchtung des Gemeinsamen Beschwerdeausschusses außer Kraft zu setzen. Zum einen sei nach der Richtlinie der Bundesärztekammer die Indikation für eine ICSI-Behandlung gegeben bei schweren Formen männlicher Fertilitätsstörungen und bei fehlender oder unzureichender Befruchtung mit einem IVF-Versuch. Der Indikationsbereich dieser Richtlinie sei damit deutlich weiter beschrieben als in der Richtlinie über künstliche Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Hinzukomme, dass die Richtlinie der Bundesärztekammer bereits aus dem Jahre 1998 stamme und damit dem Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Einführung der ICSI in die Richtlinien über

künstliche Befruchtung am 26. Februar 2002 bekannt gewesen sei. Hätte der Gemeinsame Bundesausschuss der Bundesärztekammer dem folgen wollen, hätte er lediglich deren Indikationsdefinition zu übernehmen brauchen. Wenn der Gemeinsame Bundesausschuss die Bewertung der Progressivmotilität in Prozentwerten und nicht in absoluten Zahlen vornehme, sei das von der Befugnis des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ausgestaltung der Voraussetzungen für die ICSI-Indikation gedeckt und rechtlich nicht zu beanstanden.

Gegen dieses den Prozessbevollmächtigten des Klägers am

24. April 2008 zugestellte Urteil richtet sich seine Berufung, die am 22. Mai 2008 bei dem Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingegangen ist. Der Kläger bekräftigt seine Rechtsauffassung, nach der die Richtlinien des Bundesausschusses gegen § 27a Abs. 1 SGB V verstoßen. Die Durchführung der ICSI sei hier nach medizinischer Feststellung erforderlich und erfolgversprechend. Die fehlende Indikation nach den Richtlinien für seinen Fall stelle einen Systemmangel dar.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 8. April 2008 sowie den Bescheid der Beklagten vom 19. Juli 2005 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14. Dezember 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für die erste ICSI-Behandlung im August 2006 in Höhe von 3.026,26 EUR zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und verweist darauf, dass sich der Regelungsauftrag in § 27a Abs. 4 SGB V auf die Konkretisierung der in Abs. 1 dieser Norm aufgestellten Leistungsvoraussetzungen beschränke. Dazu gehörten Regelungen über die Indikation für die einzelnen Befruchtungstechniken. Sie räume allerdings ein, dass die Richtlinien insoweit medizinisch nicht nachvollziehbar seien, als sie im Falle des Klägers zu einer fehlenden Indikation für ICSI führen.

Der Senat hat eine gutachterliche Stellungnahme des Kinderwunschzentrums des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein vom 22. Dezember 2009 eingeholt und den dortigen Oberarzt Dr. Schmutzler in der mündlichen Verhandlung vom 20. Mai 2010 als medizinischen Sachverständigen gehört. Wegen des Inhalts der Aussage wird auf die Sitzungsniederschrift vom selben Tage Bezug genommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die den Kläger betreffenden Verwaltungsvorgänge der Beklagten und die Gerichtsakten verwiesen. Diese sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e

Die insbesondere form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig; sie ist auch begründet.

Die Beklagte hat dem Kläger die Hälfte der Kosten für die streitige ICSI-Behandlung zu erstatten, sodass das angefochtene Urteil und die Bescheide der Beklagten keinen Bestand haben können.

Versicherte haben nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Nach § 27a Abs. 1 SGB V umfassen Leistungen der Krankenbehandlung auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn 1. diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind, 2. nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist, 3. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind, 4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und 5. sich die Ehegatten vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an eine der Ärzte oder eine der Einrichtungen überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121a SGB V erteilt worden ist. Nach Abs. 4 bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in den Richtlinien nach § 92 SGB V die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahme nach Abs. 1. Diese Richtlinien über künstliche Befruchtung sind für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen und deren Verbände verbindlich.

Die Indikation für eine ICSI ist nach Ziffer 11.5 dieser Richtlinien gegeben bei einer männlichen Fertilitätsstörung, nachgewiesen durch zwei aktuelle Spermioogramme im Abstand von mindestens 12 Wochen, welche unabhängig von der Gewinnung des Spermias folgende Grenzwerte - nach genau einer Form der Aufbereitung (nativ oder swim-up-Test) - unterschreiten:

Merkmal	Indikationsbefund alternativ	
	Nativ	swim-up
Konzentration (Mio./ml)	<10	<5
Gesamtmotilität (%)	<30	<50
Progressivmotilität (WHO A in %)	<25	<40
Normalformen (%)	<20	<20

Sind nicht alle Kriterien gleichzeitig erfüllt, ist das entscheidende Kriterium die Progressivmotilität. Sofern diese unter 15 % im Nativsperma oder unter 30 % im swim-up-Test liegt, so liegt eine Indikation für ICSI vor. Die Beurteilung des Spermas hat dabei nach den gültigen WHO-Vorgaben zu erfolgen.

Zutreffend hat das Sozialgericht festgestellt, dass nach den Richtlinien über künstliche Befruchtung hier eine Indikation für eine ICSI-Behandlung nicht gegeben ist. Zwar liegt die Spermienkonzentration im Nativsperma des Klägers mit Werten von 1,87 (29.10.2003), 0,31 (3.12.2003) und 1,56 (13.4.2005) Millionen/Milliliter im Indikationsbereich der ICSI-Behandlung, nicht dagegen die Progressivmotilität mit 25 %, 25 % und 66 %. Die Werte für die Gesamtmotilität und die Normalformen sind nicht bekannt aber hier auch nicht entscheidungserheblich, da schon die Progressivmotilität nicht den ICSI-Indikationsbefund von 25 % unterschreitet. Damit ist, da nicht alle Kriterien gleichzeitig erfüllt sind, das entscheidende Kriterium die Progressivmotilität, die dann aber nur maximal 15 % betragen darf. Dieser Wert wird jedoch vom Kläger mit 25 %, 25 % und 66 % deutlich überschritten.

ximal 15 % betragen darf. Dieser Wert wird jedoch vom Kläger mit 25 %, 25 % und 66 % deutlich überschritten.

Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts verstoßen die Richtlinien gegen § 27a SGB V und damit gegen höherrangiges Recht; sie binden die Gerichte daher nicht (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 10. November 2005, B 3 KR 38/04 R).

§ 27a Abs. 4 SGB V gibt dem Bundesausschuss auf, in den Richtlinien die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der von den Krankenkassen geschuldeten Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft zu bestimmen. Dass es dabei wegen der erforderlichen generalisierten Betrachtung zu im Einzelfall problematischen Ergebnissen kommen kann, mag noch hinzunehmen sein. Dass jedoch allgemeine Grundsätze der Logik nicht verletzt werden dürfen, versteht sich von selbst. Der G-BA hat die Aufgabe, zu präzisieren, bei welchen Indikationen ICSI zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gerechtfertigt ist. Zu prüfen ist, ob ausgehend von den Ursachen der Unfruchtbarkeit die in Betracht kommende Methode in der konkreten Situation nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse bei Behandlungsbeginn geeignet, ausreichend, erforderlich und wirtschaftlich ist (vgl. Hauck, Krankenversicherungsrechtliche Ansprüche bei Fortpflanzungsunfähigkeit, SGB 2009, Seite 321). Aufgabe der Richtlinien ist es also nicht, Ansprüche, die das Gesetz dem Versicherten gibt, zu beseitigen, sondern diese Ansprüche gesetzeskonform so zu konkretisieren, dass die ärztliche Versorgung gesichert ist (vgl. Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 8. Juli 2004, L 2 KN 76/04 KR).

Die Richtlinien enthalten hier eine Lücke und erweisen sich insoweit als rechtswidrig. Diese Lücke kann durch Rückgriff auf die Wertungen des materiellen Rechts geschlossen werden.

Die Entscheidung über den Leistungsanspruch des Versicherten richtet sich dann nach der Auslegung der materiell-rechtlichen Anspruchsgrundlage. Der dem G-BA eingeräumte Beurteilungsspielraum verwehrt es zwar den Gerichten, ihre eigenen Wertungen an die Stelle der Bewertung des G-BA zu setzen. Er hindert den Senat allerdings nicht daran, bei der Ermittlung der Grenzen des Gestaltungsspielraums die eigene Auslegung der Ermächtigungsnorm als maßgebend anzusehen. Der Gestaltungsspielraum ist immer vor dem Hintergrund der materiell-rechtlichen Anspruchsgrundlage zu sehen und muss die dem Versicherten zustehenden Ansprüche auch gewährleisten (Beier in: juris-PK-SGB V S 92 Rdn. 38 und 42). Die enge Gesetzesvorgabe reduziert den selbstständigen Beurteilungsspielraum des G-BA erheblich (vgl. Hiddemann, BKK 2001, Seite 187).

Die Lücke in den Richtlinien besteht hier darin, dass der Kläger nach ihnen von sämtlichen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung ausgeschlossen ist, wenn keine ICSI-Behandlung stattfindet, obwohl nach medizinischer Einschätzung hinreichende Aussicht auf Erfolg besteht. Hierfür liegt eine absolute Indikation vor: Für eine IVF ist das Sperma des Klägers zu schlecht, für eine ICSI-Behandlung aber zu gut - ohne eine ICSI-Behandlung kann aber keine IVF durchgeführt werden. Das Abstellen bei der Festlegung der Indikation für ICSI auf das starre Kriterium der Progression wird den Fällen nicht gerecht, bei denen - wie beim Kläger - eine sehr geringe Spermienkonzentration vorliegt (weit unter 10 Millionen/Milliliter). Das Zusammenspiel der verschiedenen Spermienparameter muss beachtet werden, weil sonst ein Verstoß gegen die Wertungen des § 27a SGB V vorläge.

Unlogische und daher unhaltbare Ergebnisse wären die Folge, wie an folgendem Beispiel deutlich wird: Wenn von nur 10 Spermien pro Milliliter (statt mindestens 10 Millionen pro

Milliliter) sich zwei Spermien schnell bewegen, liegt eine Progression von 20 % vor und die ICSI-Indikation von kleiner als 15 % ist nicht erfüllt. Die durch dieses (Extrem-)Beispiel zu Tage tretende Unlogik spiegelt sich auch im Fall des Klägers wieder. Seine Werte liegen bei nur 1,87/0,31/1,56 Millionen pro Milliliter statt bei mindestens 10 Millionen pro Milliliter bei einer Progressivmotilität bei 25 %/25 %/66 % und damit deutlich über dem Limit von 15 %. Das ICSI-Kriterium wäre in einem fiktiven Fall bei 15 % von 9 Millionen (entspricht 1.260.000) erfüllt, nicht jedoch bei dem Kläger mit 467.500 (25 % von 1,87 Millionen) bzw. gar mit 77.500 (25 % von

0,31 Millionen). Der medizinische Sachverständige Dr. S

hat in diesem Zusammenhang ausdrücklich und nachvollziehbar darauf hingewiesen, dass die Richtlinien eine ICSI-Indikation in Fällen bejahen, in denen ein deutlich besseres Spermiogramm als beim Kläger vorliegt und dass schon bei einer Konzentration von unter 5 Millionen pro Milliliter ca. 95 % der Labore eine IVF ohne ICSI wegen der Aussichtslosigkeit eines solchen Vorgehens nicht durchführen, das damit ethisch und wirtschaftlich nicht zu vertreten wäre. Bei einer derart geringen Konzentration der Spermien spielen bei der medizinischen Entscheidung nach den Ausführungen des medizinischen Sachverständigen Dr. Schmutzler für ICSI die Motilität und Morphologie keine entscheidende Rolle.

Der Einschätzung des in diesem medizinischen Fachgebiet viele Jahre tätigen Sachverständigen entspricht die Stellungnahme der Oberärztin Dr. G vom 16. Juni 2005, die insgesamt von einem Denkfehler der Richtlinien spricht. Die Ärzte Dres. und kommen in ihrem Nachtrag zum andrologischen Gutachten vom 25. April 2005 ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Indikation zur ICSI-Behandlung durchaus gegeben sei. Dem widerspricht letztlich auch nicht die Ärztin für Gynäkologie Dr. W vom MDK Schleswig-Holstein, sondern sieht die

Gutachten des MDK an die Richtlinien des G-BA gebunden. Auch die Beklagte vertritt die Auffassung, dass die Richtlinien insoweit medizinisch nicht nachvollziehbar sind, als sie im Falle des Klägers zu einer fehlenden Indikation für ICSI führen.

Für den Kläger besteht nach § 27a SGB V ein Rechtsanspruch auf medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn die Maßnahme nach ärztlicher Feststellung erforderlich ist. Eine entsprechende ärztliche Feststellung liegt hier vor und es ist nicht strittig, dass ohne ICSI eine Schwangerschaft nicht herbeigeführt werden kann (absolute Indikation) und dass der Erfolg einer ICSI-Behandlung nicht völlig unwahrscheinlich ist (Voraussetzung nach § 27a Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Die ärztliche Feststellung muss daher als richtig angesehen werden. Dass der vorliegende Fall nicht von Nr. 11.1 bis 11.5 der nach § 27a Abs. 4 SGB V erlassenen Richtlinien erfasst wird, bedeutet nicht, dass Leistungen der Krankenbehandlung automatisch ausgeschlossen sind. Wenn die Voraussetzungen der Richtlinie erfüllt wären, gilt dies als medizinische Indikation. Im Umkehrschluss heißt dies aber nicht zwingend, dass alle anderen Konstellationen nicht als Indikation in Frage kommen. Dies gilt insbesondere dann, wenn in diesem ein schlechteres Spermogramm vorliegt als in Fällen der ICSI-Indikation nach den Richtlinien. ICSI war hier die einzig mögliche Methode, die geeignet, ausreichend, erforderlich und wirtschaftlich ist.

Dies führt zum Erfolg der Berufung, da auch die übrigen (hier zwischen den Beteiligten nicht streitigen) Leistungsvoraussetzungen vorliegen. Diese wurden von der Beklagten dementsprechend bei der Kostenübernahme für die zweite ICSI-Behandlung bejaht.

Die Höhe des Betrags, den die Beklagte dem Kläger zu erstatten hat, entspricht 50 % der vom Kläger vorgelegten Rechnungen für die ICSI-Behandlung, soweit diese - im Falle der Leistungsverpflichtung - von der gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmen gewesen wäre. Die daraus errechneten 3.026,26 EUR wurden von der Beklagten nicht beanstandet.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Der Senat hat die Revision gemäß § 160 Abs. 2 SGG zugelassen.

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann mit der Revision angefochten werden.

Die Revision ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

Bundessozialgericht
Graf-Bernadotte-Platz 5
34119 Kassel

einulegen. Die Revisionsschrift muss bis zum Ablauf der Monatsfrist bei dem Bundessozialgericht eingegangen sein.

Als Prozessbevollmächtigte sind zugelassen

- Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände und Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder. Sie müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln,
- selbständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung, berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft, Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten. Die genannten Organisationen dürfen nur ihre jeweiligen Mitglieder vertreten und müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln,
- juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der vorstehend bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet. Sie müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln,
- jeder Rechtsanwalt,

- jeder Rechtslehrer an einer deutschen Hochschule im Sinne des Hochschulrahmengesetzes mit Befähigung zum Richteramt.

Ein Beteiligter, der danach zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen.

Die Revisionsschrift muss das angefochtene Urteil bezeichnen.

Die Revision ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Urteils schriftlich zu begründen. Die Begründung muss einen bestimmten Antrag enthalten und die verletzte Rechtsnorm und, soweit Verfahrensmängel gerügt werden, die Tatsachen bezeichnen, die den Mangel ergeben.

~~Die Revision kann nur darauf gestützt werden, dass das angefochtene Urteil auf der Verletzung einer Vorschrift des Bundesrechts oder einer sonstigen im Bezirk des Berufungsgerichts geltenden Vorschrift beruht, deren Geltungsbereich sich über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt.~~

Für die Revision vor dem Bundessozialgericht kann ein Beteiligter, der nicht schon durch einen Bevollmächtigten aus dem Kreis der oben genannten Gewerkschaften oder Vereinigungen vertreten ist, Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Beteiligte kann die Prozesskostenhilfe selbst beantragen. Der Antrag ist beim Bundessozialgericht entweder schriftlich oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse sowie entsprechende Belege beizufügen. Hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen. Der Vordruck kann von allen Gerichten oder durch den Schreibwarenhandel bezogen werden.

Wird Prozesskostenhilfe bereits für die Einlegung der Revision begehrt, so müssen der Antrag und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse - gegebenenfalls nebst entsprechenden Belegen - bis zum Ablauf der Frist für die Einlegung der Revision beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Mit dem Antrag auf Prozesskostenhilfe kann ein zur Vertretung bereiter Rechtsanwalt benannt werden.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Anwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

Timme

Littmann

Selke

Zurück zu den Mitteilungen des BRZ

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)